

DSCC Serie Educativa de Seguros de Salud: Apelaciones de Seguros

MAYO 2023



**Division of Specialized
Care for Children**

Acercas de las Presentadoras



La Unidad de Investigación y Administración de Beneficios de DSCC



Trabajamos con los equipos de coordinación de cuidados de DSCC para ayudar a resolver problemas de seguros.



Las presentadoras:

- » Yariela Ramirez-Beccue
- » Grecia Villegas
- » Brittani Provost

Asuntos Internos



Los subtítulos están disponibles para esta presentación.



Todos los asistentes serán silenciados. Use el botón de "Levantar la mano" o use el botón de "Preguntas y respuestas" para hacer una pregunta.



El botón de charla ha sido desactivada.



Chat



Raise Hand



Q&A



Show Captions



Resources

Asuntos internos



Estamos grabando esta presentación. La grabación se publicará en el sitio web.



No comparta ninguna información personal.



Le enviaremos las diapositivas por correo electrónico después de la presentación. Estas se publicarán en <https://dscc.uic.edu/family-education-webinars/>

Agenda



Descripción general de DSCC



¿Qué es una apelación?



Los Pasos para la Apelación



¿Cómo escribir una carta de apelación?

Nuestra Visión y Misión



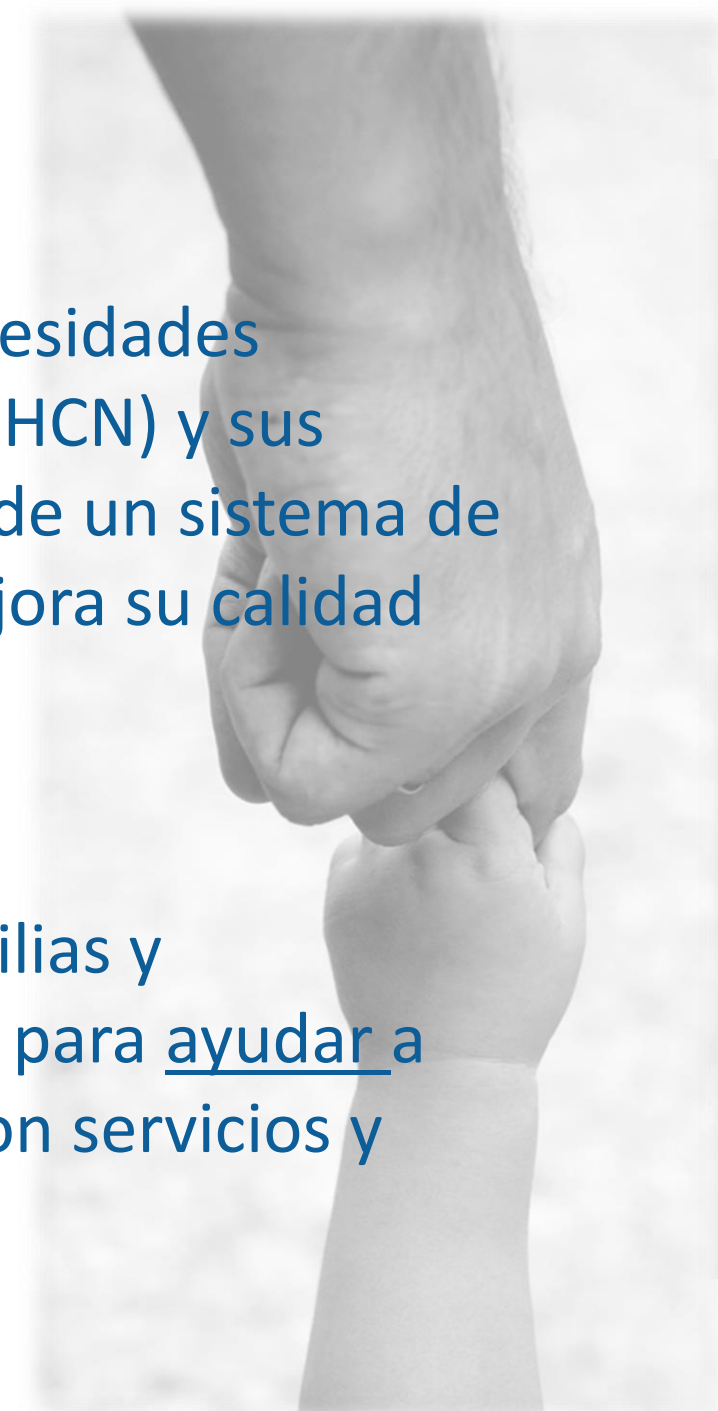
Visión

- » Niños y jóvenes con necesidades especiales de salud (CYSHCN) y sus familias serán el centro de un sistema de apoyo continuo que mejora su calidad de vida.



Misión

- » Nos asociamos con familias y comunidades de Illinois para ayudar a CYSHCN a conectarse con servicios y recursos.



¿Quienes somos?



DSCC brinda servicios de coordinación de cuidados a través de cuatro programas:

- » **Programa Core** – Desde el nacimiento hasta los 21 años con condiciones médicas elegibles.
- » **Programa Connect Care** – Desde el nacimiento hasta los 21 años con necesidades especiales que estén inscritos en un plan de Medicaid HealthChoice Illinois que tengan un contrato con DSCC para la coordinación de cuidados.

¿Quienes somos?



DSCC brinda servicios de coordinación de cuidados a través de cuatro programas (continuación):

- » **Programa de Home Care** – Niño o joven que necesita turno de enfermería en el hogar.
- » **Programa de Interim Relief** – Niño o joven menor de 21 años que tiene un trastornos de salud mental o del comportamiento.

¿Qué es una apelación?



Una apelación es cuando le pide a su compañía de seguros de salud que reconsidere su decisión. Las compañías de seguros de salud deben informarle por qué no pagaron el saldo total



Es posible que reciba una carta de su compañía de seguros negando la cobertura de una prueba, medicamento o tratamiento.



Tiene derecho a presentar una apelación ante su compañía de seguros



Proceso de apelación



PASO 1: Conozca su plan de seguro



PASO 2: Entender la Negación



PASO 3: Conozca sus derechos de apelación



PASO 4: Reunir la documentación



PASO 5: Escriba una carta de apelación



PASO 6: Presentar la apelación

¿Por qué debería apelar?



Es su derecho. Cuando un servicio o suministro es médicamente necesario, no acepte un “no” como respuesta.



Una apelación puede ayudarlo a obtener una aprobación para un servicio necesario.

¿Quién puede ayudar con una apelación?



Su plan de seguro de salud



Sus médicos y proveedores



Trabajador social



Coordinador de cuidados de DSCC



Departamento de Seguros de Illinois



Procuraduría General de Illinois

Caso de ejemplo



Patrick James, edad 5



Tiene un diagnóstico de autismo.

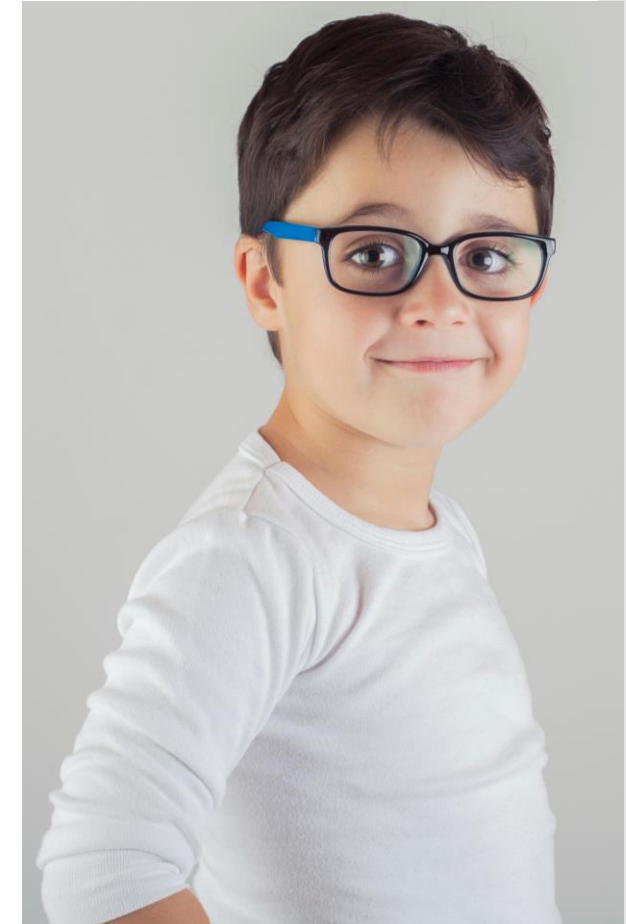


Necesita terapia de análisis conductual aplicada (ABA)



Tiene un plan privado de Aetna a través del trabajo de la mamá

- » El plan es de Health Maintenance Organization (HMO)



Paso 1: conozca su plan de seguro



Conozca el nombre de su seguro y qué tipo de plan tiene



Revise el manual de beneficios de salud para comprender sus beneficios. Esto generalmente se llama un "manual del miembro"



Hable con su médico o proveedor sobre el servicio que necesita

- » Es posible que sea necesario probar otras opciones primero
- » El médico podría tener más información sobre cómo obtener la aprobación del servicio antes de que se necesite una apelación.

Paso 1: conozca su plan de seguro



Obtener una referencia cuando sea necesario

- » Una referencia es cuando su médico de cuidado primario trabaja con su seguro de salud para obtener permiso para que usted vea a un especialista o para que reciba atención.



Obtener una autorización previa cuando sea necesario

- » Una autorización previa es cuando su compañía de seguros revisa los servicios necesarios y da su aprobación antes de pagar los servicios.



Uso de médicos dentro de la red

- » Un proveedor dentro de la red es un proveedor con el que su plan de seguro ha llegado a un acuerdo para brindar servicios a cualquier persona con ese plan de seguro a una tarifa más económica.
- » Es posible que también tenga beneficios fuera de la red disponibles, pero necesitará saber cómo funciona su plan

Sus Costos



Prima: es la cantidad que paga por su seguro de salud cada mes.



Deducible: es la cantidad que paga por los servicios de atención médica cubiertos antes de que su plan de seguro comience a pagar.



Co-seguro: es una cantidad porcentual que paga por un servicio de atención médica cubierta.

- » Ejemplo: El equipo médico duradero está cubierto al 80 %, por lo que tiene un co-seguro del 20 % por servicio. Si necesita un equipo que se factura a \$100, su seguro paga \$80 y usted paga \$20

Sus Costos



Copago: es una cantidad fija que paga por un servicio de atención médica cubierto

- » Ejemplo: \$20 para ser visto en su visita regular al consultorio o \$30 para ser visto en una visita a un especialista.



Desembolso máximo: es lo más que debe pagar por los servicios cubiertos en un año del plan.

Entendiendo la Explicación de Beneficios (EOB)



1. Phone Numbers

You can call your health plan if you have questions about finding a provider or what your coverage includes.

2. Payee is the person who will receive any reimbursement for over-paying the claim.

EXPLANATION OF BENEFITS

1 Customer Service Number: 1-800-123-4567

Statement Date: XXXXXX
Document Number: XXXXXXXXXXXX

Member Name:
Address:
City, State, Zip:



THIS IS NOT A BILL

Subscriber Number: XXXXXXXXXXXX ID: XXXXXXXX Group: ABCDE Group Number: XXXXX

Patient Name: XXXXXX Provider: Claim Number: XXXXXXXX
Date Received: XXXXXXXXXXXX Payee: **2** Date Paid: XXXXXXXX

3. Service Description

shows the health services you received, like a medical visit, lab test, or screening.

4. Provider Charges

is the amount your provider bills for your visit.

5. Allowed Charges

is the amount your provider will be paid; this may not be the same as the Provider Charges.

Claim Detail				What your Provider Can Charge You		Your Responsibility			Total Claim Cost		
Line No.	Date of Service	Service Description	Claim Status	Provider Charges	Allowed Charges	Co Pay	Deductible	Coinsurance	Paid by Insurer	What You Owe	Remark Code
1	3/20/22-3/20/22	Medical care	Paid	\$31.60	\$2.15	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$2.15	\$0.00	PDC
2	3/20/22-3/20/22	Medical care	Paid	\$375.00	\$118.12	\$35.00	\$0.00	\$0.00	\$83.12	\$35.00	PDC
Total				\$406.60	\$120.27	\$35.00	\$0.00	\$0.00	\$85.27	\$35.00	PDC

Remark Code: PDC—Billed amount is higher than the maximum payment insurance allows. The payment is for the allowed amount.

6. Paid by Insurer

is the amount your health plan will pay to your provider.

7. What You Owe is the amount you owe after your insurer has paid everything else. You may have already paid part of this amount. Payments made directly to your provider may not be subtracted from this amount.

8. Remark Code

is a note from the health plan that explains more about the costs, charges, and paid amounts for your visit.

¿Qué hacer si te llega una factura?



— MAKE CHECKS PAYABLE TO —

Best Main Hospital
123 Space Way
Nowhere, IL, 60202

FOR BILLING INQUIRES CALL: 800-555-1212

Alex Smith
808 First Avenue
Town, IL, 60204

Best Main Hospital
123 Space Way
Nowhere, IL, 60202

STATEMENT

DATE OF SERVICE	CODE	DESCRIPTION OF SERVICE	CHARGES	INSURANCE PAYMENTS	BALANCE
03/04/2021	01234	Surgery	\$45,000		
03/04/2021	99999	Other charges	\$5,000	\$40,000	\$5,000
				\$4,000	\$1,000
			\$50,000	\$44,000	\$6,000

Paso 2: Entender la negación



Un paso importante antes de la apelación es entender por qué su plan de seguro médico dijo “no” a un servicio.



Por lo general, su plan de seguro de salud le enviará una carta que explica por qué se denegó el servicio. Esto puede suceder antes o después de recibir un servicio.



También puede ver una Explicación de beneficios (EOB) para ver información sobre un servicio denegado. Estos se envían después de que se ha prestado un servicio.

Motivos comunes de denegación



Error o equivocación



Se requería autorización previa



El tratamiento no es médicamente necesario



El fármaco o la terapia están fuera del formulario



El cuidado está fuera de la red.



Servicios no cubiertos

Ejemplo de carta de rechazo



Image Source: <https://portal.ct.gov/OHA/Health-Insurance-101/Appeals/Youve-been-deniedwhat-now>

Nombre del miembro: Patrick James

ID del Miembro: 12345682123

Fecha de nacimiento: 8/10/2017

Número del caso: 456787

Plan patrocinador: Alicia James

Número de cuenta del patrocinador del plan: 12345688753

Estimado miembro y proveedor (es) de registro de salud

Después de la revisión, hemos tomado una decisión sobre la cobertura de los siguientes servicios de atención médica para el miembro mencionado anteriormente. Utilizamos guías clínicas y recursos reconocidos a nivel nacional, como Evaluación del nivel de atención de los Criterios de ubicación de pacientes para el tratamiento de trastornos relacionados con sustancias de la Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción. Segunda edición revisada (ASAM PPC -2R), Directrices de análisis conductual aplicado (ABA) para el tratamiento de los trastornos del espectro autista y boletines de políticas clínicas disponibles en

http://www.aetna.com/cpb/cpb_menu.html, así como documentos de beneficios del plan para respaldar estas decisiones de cobertura.

Decisión de cobertura por servicios denegados:

Fecha de servicio	Código de procedimiento	Descripción del servicio	Número	Tipo de servicio
05/01/2023-11/01/2023	H2019	SERVICIOS TERAPÉUTICOS DE CONDUCTA, POR 15 MINUTOS	6	Mes(es)

Se ha denegado la cobertura de este servicio por los siguientes motivos

Se ha denegado la cobertura de los servicios solicitados porque no hemos podido obtener la información clínica solicitada del proveedor para determinar si los servicios se consideran médicamente necesarios o no según los términos del plan.

(Ninguna denegación de información clínica) Esta denegación de cobertura se basó en los términos del documento del plan de beneficios del miembro (como el Certificado de Cobertura del folleto/manual del plan de beneficios, incluidas las enmiendas o anexos). El plan tiene el requisito de recibir suficiente información para determinar si los servicios están cubiertos. Consulte las secciones Informes y registros de los documentos del plan de beneficios o la sección del documento del plan que habla sobre informes de reclamos o procedimientos de reclamo.

(sin denegación de información clínica) esta denegación de cobertura se basó en los términos del miembro

Paso 3: Conozca sus derechos para una apelación



Entienda el cronograma de apelación y la fecha límite para presentar su apelación

- » Los plazos para presentar una apelación se pueden encontrar en su Manual para miembros.
- » Puede llamar a su plan de salud para obtener esta información



Si recibió una Explicación de Beneficios por correo o electrónicamente, debe informarle el proceso de apelación. El aviso generalmente le indica la fecha límite para presentar una apelación por el reclamo.



Sepa cómo comunicarse con su plan de salud para iniciar el proceso de apelación

Tipos de Apelaciones



Hay tres tipos diferentes de apelaciones que se pueden presentar.



Estos se basan en el tiempo, el resultado y la necesidad médica del servicio o suministro denegado.

- » **Apelaciones previas al servicio** que son antes de que ocurra el servicio.
- » **Las apelaciones posteriores al servicio** son para servicios ya recibidos que fueron denegados.
- » **Las apelaciones aceleradas** se pueden usar si una apelación regular podría poner en riesgo grave la vida o la salud de un miembro o la salud a largo plazo de una persona. Esto es si necesita que el plan de salud decida rápidamente.

Documento durante el proceso



Querrá mantener la documentación detallada a lo largo de cada paso. La documentación es muy importante en el proceso de apelación.



Mantenga un calendario para realizar un seguimiento de las fechas



Mantenga un registro de contactos para rastrear cuando habló con diferentes personas

- » Doctors, the health plan, or others



Mantenga una carpeta para los documentos de apoyo

- » Expedientes médicos o cartas del doctor.
- » Cartas tuyas
- » Cartas o documentos del plan de seguro médico

Herramientas

Documento para usar



Calendario de apelaciones de seguros

La documentación es muy importante cuando se apela una decisión tomada por su plan de seguro médico. Hay muchas herramientas que se pueden utilizar para mantenerse organizado.

Este calendario se puede utilizar para el proceso de apelaciones para realizar un seguimiento de:

- Plazos o fechas importantes
- Fechas en que se recibieron documentos o llamadas del plan de salud
- Fechas en que se realizaron las llamadas telefónicas al plan de salud o se envió la documentación al plan de salud

Mes:						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Herramientas

Documento para usar



Registro de comunicación de apelaciones de seguros

La documentación es muy importante cuando se apela una decisión tomada por el plan de seguro médico. Hay muchas herramientas que se pueden utilizar para mantenerse organizado.

Este registro de comunicación se puede utilizar para el proceso de apelación. Puede realizar un seguimiento de cuándo habla con la gente y de lo que habló. Estos son algunos ejemplos de lo que debe realizar un seguimiento:

- Cuando llama al doctor para pedir cartas de apoyo
- Cuando llama al plan de salud para hacer preguntas
- Cuando enviar la carta de apelación

Fecha	Nombre	Oficio	Información del contacto	Notas

Paso 4: Obtenga documentos de respaldo



Escribirá una carta a su plan de salud. También es importante tener cartas o documentos de respaldo de su médico o proveedores



Una carta de su médico o proveedor médico

- » La carta debe decir por qué el médico apoya su decisión de apelar la denegación.



Cualquier otra información que tengas que pueda ser útil

- » Esto podría ser llamadas con su compañía de seguros donde le proporcionaron información.
- » Otros informes médicos que avalen la necesidad del servicio

Paso 5: Escribir la carta



Tendrá que escribir una carta informándole a su plan de seguro de salud que está apelando una decisión

- » La carta debe ser al grano y específica.
- » Dígales que no está de acuerdo con su decisión y por qué no está de acuerdo.
- » Diles qué resultado quieres
- » Ponga un breve resumen de los otros documentos que está incluyendo en su paquete



Hay muchos detalles importantes que debe incluir en la carta. Los revisaremos juntos

Plantilla de carta de ejemplo



Apelaciones de Seguros de Salud

Una apelación es cuando usted le pide a su compañía de seguros de salud que reconsidere su decisión. Los planes de seguro de salud deben informarle por qué no cubrieron los servicios.

Los Pasos para la Apelación

Paso 1	• Conozca su plan de seguro
Paso 2	• Entender la Negación
Paso 3	• Conozca sus Derechos de Apelación
Paso 4	• Reunir los documentos
Paso 5	• Escriba una carta de apelación
Paso 6	• Presentar la apelación

Consejos para la Apelación

- Preste atención a los plazos de apelación para la fecha de vencimiento de la apelación. Envíe su carta certificada. Estos pasos le darán prueba de que envió la carta antes de la fecha expirada.
- Manténgase organizado con un calendario o registro de contactos. Debe documentar sus comunicaciones y fechas importantes.
- Haga copias de su paquete de apelación en caso de que necesite consultarlo o si se perdió en el correo.
- Puede solicitar una revisión acelerada de su apelación si necesita un tratamiento de inmediato.

Ejemplo de carta de apelación

La siguiente página tiene una carta de muestra que puede usar cuando necesite presentar una apelación a su plan de seguro médico. Deberá incluir su propia información.

[Fecha]

[Nombre del plan de Seguro de Salud]
[Departamento de Apelaciones y Quejas]
[123 dirección postal]
[Ciudad, IL, 12345]

RE: [Nombre del paciente]
[Identificación de miembro]
[Número de referencia de la Explicación de Beneficios]
[Fecha de nacimiento de paciente]

RE: [El nombre del titular de la póliza]
[Identificación de miembro]
[Número de referencia de la Explicación de Beneficios]
[Fecha de nacimiento del titular de la póliza]

A quien corresponda en [Nombre del plan de Seguro de Salud]:

Mi nombre es [tu nombre], y soy titular de una póliza de [Seguro de Salud]. El nombre de mi hijo es [nombre de hijo]. Deseo presentar una apelación ante [Nombre del plan de Seguro de Salud] por la denegación [descripción del procedimiento o servicio] para mi hijo. Recibí una Explicación de Beneficios [Fecha] declarando [proporcioné el motivo de la denegación directamente desde la carta].

Mi hijo fue diagnosticado [diagnosis] en [Fecha]. [Aquí incluya una breve descripción de la condición y cómo afecta la vida de su hijo. Esto debe estar relacionado con los servicios que está apelando.]. Mi hijo es visto por el [Nombre del médico] en [proveedor/nombre del centro]. En la Carta de Necesidad Médica,

¿Qué poner en la carta?



Tu información y la de su hijo.

- » La información de su plan de salud, como su identificación de miembro, titular de la póliza, número de grupo
- » El nombre del titular de la póliza y el nombre del niño y la fecha de nacimiento.



Información de reclamos si ya se recibieron los servicios.

- » Esto incluye el número de reclamo y la fecha de los servicios.
- » Esto se puede encontrar en la Explicación de Beneficios o llamando a su plan de salud



El nombre del proveedor y el nombre de su médico.

Carta de ejemplo



5 de mayo, 2023

Aetna

Departamento de Apelaciones y Quejas

Apartado de correos 14463

Lexington, KY 40512

Miembro: Patrick James

ID de miembro 12345682123

Fecha de nacimiento 08/10/2017

Titular de la póliza: Alicia James

ID de miembro 12345688753

Fecha de nacimiento: 23/01/1990

A quien corresponda en Aetna:

¿Qué poner en la carta?



El motivo de la negación

- » Deberías tratar de decir esto exactamente como lo pusieron en la carta de denegación.



Antecedentes de la enfermedad de su hijo y el tratamiento necesario

- » Su médico probablemente le explicará esto, pero es importante incluir una breve explicación en su carta.
- » Es importante incluir lo que sucederá si los servicios de su hijo no se aprueban



Qué decisión está apelando y cree que la decisión fue incorrecta.



Qué resultado quieres de la compañía de seguros.

Carta de ejemplo



A quien corresponda en Aetna:

Mi nombre es Alicia James y soy titular de una póliza de Aetna. El nombre de mi hijo es Patrick James. Deseo presentar una apelación ante Aetna por la denegación de la terapia de análisis conductual aplicado, código de procedimiento H2019 para mi hijo. Recibí una carta de denegación fechada el 04/15/2023 que indica que se denegó la cobertura de los servicios solicitados porque Aetna no pudo obtener la información clínica solicitada del proveedor para determinar si los servicios se consideran o no médicamente necesarios según los términos del plan.

Mi hijo fue diagnosticado con autismo en septiembre de 2020. El autismo es un trastorno del desarrollo crónico y grave. La Terapia de Análisis de Conducta Aplicada puede promover el desarrollo social y del lenguaje. Esto puede ayudar a minimizar los comportamientos que interfieren con el funcionamiento y el aprendizaje. Muchos investigadores y médicos consideran que ABA es el enfoque terapéutico basado en la evidencia más efectivo para niños con autismo.

Carta de ejemplo



Patrick es visto por el Dr. Fisher en Good Family Pediatrics. El Dr. Fisher ha recomendado a Patrick para la terapia conductual aplicada en Best Therapy Center. La terapeuta que el ve es Jackie Smith. En la Carta de Necesidad Médica, que se incluye, el Dr. Fisher explicó por qué la Terapia de Análisis de Conducta Aplicada es necesaria para mi hijo. También he incluido otros documentos que incluyen informes médicos y evaluaciones que ha realizado Patrick que explican por qué mi hijo necesita esta atención. Esta es la única terapia de este tipo. Patrick ha estado en terapia ocupacional, del desarrollo, del habla y física desde que tenía 6 meses de edad. El necesita apoyo adicional con la Terapia ABA.

Por favor revise los documentos incluidos y reconsidere la decisión de denegación anterior para permitir la cobertura de la Terapia ABA, ya que este tratamiento es necesario para la salud de mi hijo.

Si hay alguna otra información de respaldo que necesite para aprobar estos servicios, no dude en comunicarse conmigo al 123-456-7891 o al Dr. Fisher al 800-123-4567.

Carta de ejemplo



Gracias por su atención en este asunto. Agradecemos su pronta consideración a esta apelación.

Atentamente,

Alicia James

Calle Principal 123

Cualquier Ciudad, IL 12345

Adjunto:

1. Carta de rechazo fechada el 04/15/2023
2. Carta del médico de necesidad médica
3. Registros médicos
4. Documentos que explican el procedimiento

Cosas que no se deben hacer



No hable sobre lo que lo haría más fácil para el paciente o el cuidador.



No seas perezoso. Es importante ser específico y claro.



No se pierda los plazos al presentar una apelación. Envíe una carta de apelación dentro de la fecha límite de su plan de seguro médico.



No olvide incluir los números de identificación del plan. Si no se puede encontrar al plan y al miembro del plan, no se procesará la apelación.

Paso 6: Envíe la carta de apelación



Envíe la carta de apelación y todos los demás documentos a tiempo. Preste atención a la fecha límite.



Envíe su carta certificada. Esto le dará prueba de que envió la carta antes de la fecha límite.



Haga copias de su paquete de apelación.



Puede solicitar una revisión acelerada de su apelación si necesita un tratamiento o procedimiento de inmediato.



Si obtiene su seguro a través de su trabajo, también puede obtener ayuda del departamento de recursos humanos o beneficios de su empleador.

Seguimiento y revisión externa



Es importante continuar con el seguimiento del plan de seguro médico hasta que se haya tomado una decisión. Debe seguir documentando cuando llame para verificar la apelación.



Si se deniega la apelación, puede presentar una segunda apelación e incluir información adicional no incluida en la primera apelación o puede solicitar una revisión externa.

Revisión externa



Una revisión externa es una apelación que completa alguien fuera del plan de salud.

- » Esta apelación se puede hacer si el plan de seguro de salud niega la apelación interna..
- » Hecho con un médico certificado por la junta en la misma especialidad que el médico del paciente.



El plan de salud le dará la opción de dos revisores independientes.

- » Ellas no trabajan para el plan de salud.
- » Los revisores son del Departamento de Seguros de Illinois.
- » Usted y su proveedor pueden elegir cuál realizará la revisión independiente.

¿Qué sucede si se aprueba el recurso externo?



Si la apelación externa fue una apelación posterior al servicio y se gana, se informará al plan de salud y el tratamiento/reclamo se procesará como aprobado.



Si la apelación externa fue una apelación previa al servicio y se aprueba, se informará al plan de salud y se aprobará el tratamiento.

¿Qué sucede si se deniega el recurso externo?



Si se deniega la solicitud de apelación externa, puede apelar la decisión del revisor independiente ante el Departamento de Seguros de Illinois..



Si el Departamento de Seguros de Illinois cambia la decisión del revisor independiente, requerirá que el seguro pague el tratamiento/reclamación.

- » El plan de salud puede apelar la decisión del Departamento de Seguros y se asignará un nuevo revisor independiente para revisar el caso.
- » La decisión del revisor independiente puede ser apelada.



La queja se enviará al plan de salud. La ley de Illinois permite 21 días para que el plan de salud responda.

Recursos



Primero trabaje con sus proveedores y su plan de seguro médico.



Comuníquese con el Departamento de Seguros de Illinois o el Fiscal General de Illinois para obtener más ayuda.



Información de contacto del Departamento de Seguros:

- » <http://www.insurance.illinois.gov/>
- » Número de quejas del 312-814-2427



Número de quejas del consumidor:

- » <http://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/index.html>
- » Hotline Telephone Number 877-305-5145

Recursos de Seguro



[Artículo de apelaciones de Healthcare.gov](#)



[Glosario de palabras de Healthcare.gov](#)



[Guía de navegación del proceso de apelaciones de seguros de Patient Advocate Foundation](#)



[Guía de apelaciones de Health Law Advocates](#)



[Ejemplo de plantilla de carta de apelación de seguros](#)

Resumen



Las apelaciones pueden resultar en un cambio de decisión, ¡esto puede beneficiarlo a usted y/o a su hijo en gran medida!



Es importante que conserve documentación detallada durante todos los pasos del proceso de apelación.



Es importante hacer un seguimiento de los pasos de la apelación.



Debe trabajar con proveedores u otras personas que puedan ayudarlo a obtener toda la información correcta para su apelación.



Si se deniega una apelación, tiene otras opciones.

¿Preguntas?



Hemos reservado algo de tiempo para preguntas.



Utilice el cuadro de botón de **preguntas y respuestas** si tiene preguntas. También puede usar el botón **Levantar la mano** y le quitaremos el silencio.



Chat



Raise Hand



Q&A



Show Captions



Resources

¡Gracias!

Encuesta



Muchas gracias por participar en nuestro entrenamiento de hoy. ¡Esperamos que te haya resultado útil!



Le enviaremos las diapositivas por correo electrónico. Estas se publicarán en <https://dsccl.uic.edu/family-education-webinars/>



La grabación de esta capacitación también se publicará en el sitio web.



Completa la encuesta al final de la capacitación. Sus opiniones sobre la capacitación son muy útiles e importantes.



También nos gustaría conocer otros temas sobre los que le gustaría recibir más capacitación.

Seminarios Web



Esta capacitación es parte de una serie de capacitaciones denominada “Educación sobre seguros de salud”



Puede revisar esta grabación y los materiales para las otras dos capacitaciones en nuestro sitio web.

- » Marzo: Entendiendo su Seguro
- » Abril: Elegibilidad y Cobertura de Medicaid
- » Mayo: Apelaciones de Seguros



Visita <https://dscc.uic.edu/family-education-webinars/>

Conéctate con nosotros



(800) 322-3722



dsc@uic.edu



dsc.uic.edu



UIC Division of Specialized Care for
Children