



Fecha:

Estimado llamante de  
la línea de ayuda:

Gracias por contactar a Community Health Advocates (CHA) para ayuda con cobertura de seguro médico fuera de la red. CHA es una organización sin fines de lucro dedicada a ayudar a las personas en Nueva York a obtener, mantener y usar su seguro médico.

Usted nos llamó recientemente porque el porcentaje de reembolso fuera de la red de su compañía de seguros es bajo. Primeramente, debería de saber que *usted tiene el derecho a presentar una apelación*. No es difícil, solamente siga los siguientes pasos:

**1. Determine cómo su plan de salud decide su tarifa de reembolso por servicios fuera de la red.**

Lea el documento adjunto, *Consejos para determinar las tarifas de reembolso fuera de la red de su plan* para obtener más ayuda.

**2. Escriba su carta de apelación.**

Solo llene la plantilla adjunta.

**3. Guarde una copia en sus archivos.**

**4. Envíela a su plan.**

**5. Presente una queja ante los Servicios Financieros del Estado de Nueva York en <http://www.dfs.ny.gov/consumer/fileacomplaint.htm> y ante la Fiscalía General del Estado de Nueva York en <http://www.ag.ny.gov/health-care/file-a-complaint>**

Envíe copias de todos los documentos que presentó con su apelación para apoyar su queja.

Guarde una copia de todo lo que envíe al plan y anote la fecha en la que lo hizo. Pero debe actuar con rapidez porque es posible que tenga tiempo limitado para presentar su apelación.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a nuestra línea de ayuda 888-614-5400. Asegúrese de decir que ha llamado antes para que podamos ver toda la información que tenemos sobre su caso.

Sinceramente,

El equipo de la línea de ayuda de CHA



## Consejos para determinar las tarifas de reembolso fuera de la red de su plan

Los seguros médicos que tienen cobertura fuera de la red pueden pagar menos de lo que su médico factura por un servicio. Antes de disputar la cantidad que su plan de seguro ha pagado por su atención fuera de la red, es útil entender cómo su plan establece el reembolso fuera de la red. A continuación, le damos algunos consejos para averiguarlo.

### 1. Revise los documentos de su plan.

Su “Certificado de Cobertura”, “Contrato” o “Resumen de la Descripción del Plan” incluye una explicación de cómo su plan establece el pago. ¿Paga su plan los servicios prestados por un proveedor fuera de la red? En caso de que sí, ¿cómo calculan la cantidad que pagarán? Los planes suelen indicar que pagan un cierto porcentaje de la tarifa por los servicios prestados fuera de la red. Por ejemplo, pudiesen pagar el 80% de la “cantidad permitida”.

### 2. Determine cómo su plan decide la "cantidad permitida"

Hay varias posibilidades para cómo su plan determina la “cantidad permitida.”

- Algunos planes basan su “cantidad permitida” en la **tarifa de Medicare**. Esto significa que su basan su “cantidad permitida” en lo que Medicare paga por el servicio.
- Algunos planes basan su “cantidad permitida” en la tarifa usual y habitual. Esto significa que basan la tarifa en datos sobre la cantidad que cobran los proveedores de su área por el servicio.
- Algunos planes basan su “cantidad permitida” en una **lista de tarifas. Fee Schedule**. Esto significa que tienen su propia lista de servicios y lo que pagarán por cada uno.

### 3. Determine si su plan calculó correctamente su porcentaje de reembolso.

Una vez que haya determinado cómo decide su plan la “cantidad permitida”, compruebe que lo hayan hecho correctamente para su caso.

- Si su plan indica que usaron la **tarifa de Medicare**, puede buscar la misma o la tarifa usual y habitual en una base de datos en línea llamada Fair Health, situada en .
- Si su plan indica que usaron una **lista de tarifas**, puede pedirle la misma al plan o preguntar cuál es el porcentaje de reembolso para los servicios que recibió.

Aplique el porcentaje que su plan dice que paga. Por ejemplo, si su plan dice que paga el 80% de la “cantidad permitida” y que basa la cantidad permitida en la tarifa usual y habitual, calcule el 80% de la tarifa usual y habitual que ha consultado.

### 4. Si su plan pagó menos de lo que debían, presente una apelación ante su plan.

Use la carta adjunta como modelo.

### 5. Si aún debe un balance después de que su plan pagó correctamente, negocie con el proveedor.

Pídale al médico o al centro donde recibió el servicio que le hagan un descuento sobre el balance que debe.

**¿Tiene preguntas? Contacte a la línea de ayuda de Community Health Advocates Helpline por el (888)614-5400**

*CHA es un programa gratuito que ayuda a las personas en Nueva York a obtener, mantener y usar su seguro médico.*

**Modelo de carta para el reembolso de gastos fuera de la red basado en la tarifa de Medicare o en la tarifa usual y habitual**

[Su nombre]  
[Su dirección]

[La dirección de su plan]  
[Puede encontrar esto en su notificación de denegación, en su libro de beneficios o llamando a su plan.]

[Fecha]

Re: [Nombre de la persona cuya solicitud ha sido denegada]  
ID: [Inserte su número de identificación del plan]  
Fecha de nacimiento: [Inserte la fecha de nacimiento de la persona cuya solicitud ha sido denegada]  
Número de reclamación: [Puede encontrarlo en su explicación de beneficios o en la carta de denegación.]  
Fecha del servicio: [Esto también debe estar en los documentos de su plan o en su factura.]  
Proveedor: [Nombre del doctor y/o hospital]

A quien pueda interesar:

Deseo presentar una apelación sobre la tarifa de reembolso fuera de la red por los servicios médicos descritos anteriormente. Su porcentaje de reembolso es excesivamente bajo.

Según mi póliza, las tarifas de reembolso fuera de la red se basan en la [tarifa usual y habitual o tarifa de Medicare]. Su reembolso es menos de aquello requerido por mi póliza.<sup>1</sup>

Basado en esta información, mis solicitudes de reembolso fuera de la red han sido infra-reembolsadas y debería ser un pago mayor.

Gracias por su pronta atención a este asunto. Si tiene alguna pregunta, llámeme al [su número de celular].

Sinceramente, [Su

nombre]

Cc: Fiscal General del Estado de Nueva York  
Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York

---

<sup>1</sup> Por cualquiera de estos servicios prestados en el contexto de una urgencia, debe reembolsar a los proveedores fuera de la red el mayor de los siguientes: (1) su nivel de pago por servicios similares dentro de la red; (2) su fórmula estándar para pagos fuera de la red no relacionados con urgencias; o (3) la tarifa de Medicare. 45 CFR § 147.138(b)(3)(2011).