Uso de la toma de decisiones con apoyo (SDM) en la defensa de los derechos de salud

SUPPORT FOR FAMILIES
EDUCATION • EMPOWERMENT • EQUITY

Family Resource Navigators

California State Council on Developmental Disabilities

Objetivos de aprendizaje

- Acceda a información sobre los derechos de los pacientes en el sistema de atención de la salud.
- Descubra cómo presentar quejas.
- Comprenda los reclamos sobre atención de la salud a nivel estatal.

¿Cuáles son mis derechos como paciente?

Algunos derechos importantes de los pacientes en California

Los pacientes tienen muchos derechos en el sistema de atención de la salud de California (por ejemplo):

Tiene derecho a una cita con su médico de atención primaria (10 días hábiles), especialistas (15 días hábiles), y atención de urgencia (48 a 96 horas).

Debe poder comunicarse con un profesional de la salud calificado por teléfono las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si necesita que le devuelvan una llamada, puede esperar una llamada en un plazo de 30 minutos después de dejar un mensaje.

Oficina de Derechos del Paciente, Estado de California

Algunos derechos importantes de los pacientes en California

Si el inglés no es su primer idioma, por lo general su plan de salud debe brindarle asistencia en su idioma sin costo adicional, junto con materiales importantes.

Tiene derecho a elegir su propio médico y obtener una segunda opinión con respecto a un problema de salud grave.

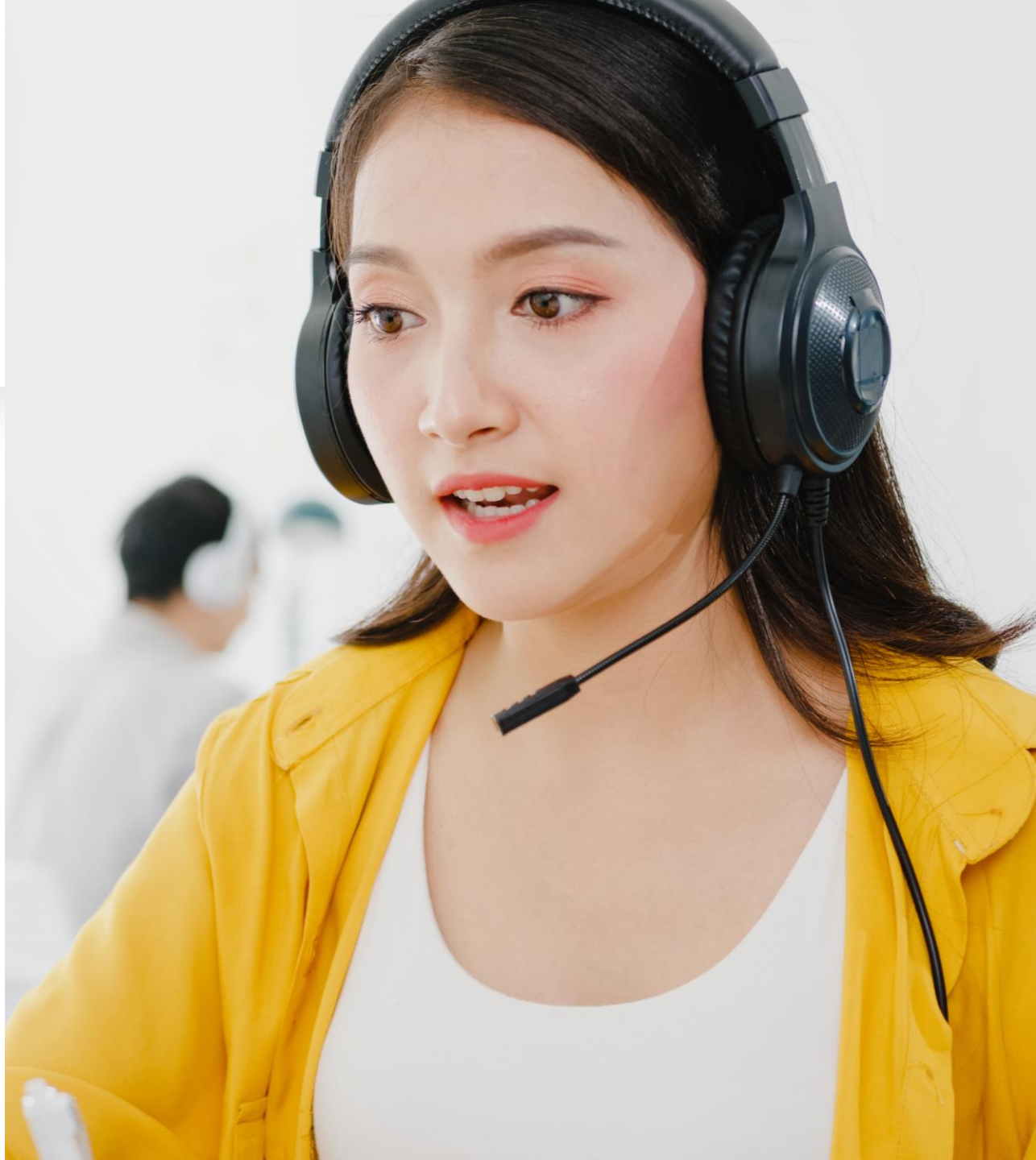
Puede pedir que le expliquen su diagnóstico y opciones de tratamiento para que pueda comprenderlos. Puede pedir que le proporcionen esa información por escrito.

Puede solicitar que le expliquen su diagnóstico y opciones de tratamiento para que pueda comprenderlos. También puede pedir que le proporcionen esa información por escrito.

¿Qué puedo hacer si tengo un reclamo?

Un reclamo también se conoce como una **queja**

Tiene derecho a presentar una queja ante su plan de salud. (Tal vez deba hablar primero con su médico para ver si lo puede ayudar).



Cómo presentar una queja utilizando SDM

- Usted comienza con el proceso de queja llamando al número de teléfono del Servicio para Miembros de su plan de salud. También puede presentar un reclamo por carta o correo electrónico.
- **Si utiliza SDM y cuenta con una persona que le brinda apoyo que lo ayuda a comunicarse, es posible que usted deba estar presente durante las reuniones, o es posible que necesite un representante autorizado o un acuerdo de poder notarial para que la compañía de seguros acepte la queja.**
- Es posible que los planes de salud soliciten un representante autorizado o un acuerdo de poder notarial incluso si presenta una queja por escrito, ya que el personal del plan de salud a menudo llama para investigar el reclamo.

Cómo presentar una queja

Oficina de Derechos del Paciente,
Estado de California

- Indique claramente que desea presentar un reclamo formal y luego explique el problema.
- Si su problema es urgente, asegúrese de informárselo a su plan de salud.
- También puede pedirle a su médico o a un médico fuera de su plan de salud que lo ayude escribiendo una carta explicando por qué necesita el servicio.
- Debe presentar su reclamo dentro de los 6 meses del incidente o medida que causó el problema. Después de presentar su reclamo, su plan de salud debe proporcionar una decisión dentro de los 30 días, o dentro de los 3 días si su problema de salud es urgente.

Ayuda con quejas

La mayoría de las personas pueden presentar una apelación ante uno de los centros de ayuda del estado que se indican a continuación. Si no pueden ayudarlo con su apelación, los centros de ayuda del estado lo derivarán al lugar correcto.

- Departamento de Atención de la Salud Administrada (DMHC, para obtener ayuda con la mayoría de los planes de salud)

  Comuníquese con el DMHC para obtener ayuda con problemas con su plan de salud o para derivaciones si no sabe dónde obtener ayuda.
  1-888-466-2219
  www.healthhelp.ca.gov

- Departamento de Seguros de California (CDI)

  Comuníquese con el CDI para obtener ayuda con muchos planes de PPO y ayuda con otros tipos de seguros de salud.
  1-800-927-4357
  www.insurance.ca.gov

La queja no funcionó, ¿hay algo más que pueda hacer?

Revisión Médica Independiente (IMR)

Si su plan de salud **rechaza, modifica o demora su solicitud de servicios médicos, rechaza el pago de un tratamiento de emergencia o se niega a cubrir un tratamiento experimental o de investigación para un problema médico grave**, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR).

¿Qué no puede considerar la IMR?

Revisar los reclamos de salud rechazados por la compañía de seguros debido a que el servicio o tratamiento no está cubierto por el contrato de seguro.

¿Qué es la IMR?

Una Revisión Médica Independiente (IMR) es un proceso en el que se seleccionan profesionales médicos independientes expertos para revisar decisiones médicas específicas tomadas por la compañía de seguros.

Motivos para la Revisión Médica Independiente (IMR)

Rechazo por parte del seguro de un tratamiento, terapia, equipo médico o medicamento por no considerarse médicamente necesario.

Por ejemplo:

Una cirugía o prueba de diagnóstico que solicita su médico pero que la compañía de seguros rechaza porque no considera que sea necesaria.

Medicamentos recetados que se rechazan por motivos no médicos (o porque la compañía de seguros cuestiona su necesidad y sostiene que otros también son adecuados).

¿Qué es la necesidad médica?

- A pesar de que existen muchas definiciones de necesidad médica, dependiendo del plan de salud, las mismas comparten algunas características comunes. En general, estas características incluyen:
- La atención debe ser adecuada;
- La atención debe corregir un problema o mejorar la salud, el funcionamiento o el bienestar del paciente;
- La atención debe brindarse de acuerdo con estándares de buena práctica médica o la práctica médica generalmente aceptada;
- Y la atención no debe ser experimental, educativa o de investigación.

Motivos para la Revisión Médica Independiente (IMR)

Rechazo de servicios de urgencia o de emergencia
Si necesita un servicio médico de urgencia o de emergencia y la compañía de seguros lo rechaza o demora en pagarlo o prestarlo.

Terapias experimentales o de investigación
Cuando un tratamiento se considera experimental o de investigación y es rechazado por el plan, puede solicitar una IMR. La ley tiene normas específicas sobre cuándo se permite este tipo de rechazo.

IMR utilizando SDM

Si desea autorizar a otra persona para que lo ayude con su Revisión Médica Independiente (IMR) o reclamo, debe designarla como representante autorizado en el proceso.

Esto se encuentra en la tercera página de la solicitud de IMR, y también puede enviar una copia de un poder notarial con la solicitud.

Consejos importantes para la IMR

- Antes de someter un problema a una IMR, normalmente debe realizar todos los procesos de apelación interna de su plan de salud (a menos que sea urgente).
- Debe asegurarse de tener toda la documentación relevante, como el formulario de IMR, la carta de rechazo de la compañía de seguros, y las historias clínicas pertinentes.
- Obtenga una sólida carta de apoyo del médico de atención primaria que explique por qué es necesario este tratamiento, medicamento o equipo en particular.
- Recopile toda información adicional (pruebas, opiniones de especialistas, estudios o informes publicados).

IMR utilizando SDM

Obtener una decisión favorable en una IMR puede ser muy positivo para la defensa de los derechos.

Presentar una solicitud de IMR lleva tiempo y exige el apoyo de su equipo médico y de las personas que le brindan apoyo.

La IMR es definitivamente una circunstancia en la que un sólido círculo de apoyo hace una gran diferencia.

Pero también puede ser una herramienta importante para obtener los servicios de atención de la salud que necesita.

¿PREGUNTAS?

California State Council on Developmental Disabilities

Este documento es posible gracias a una subvención del SCDD y SDM-TAP