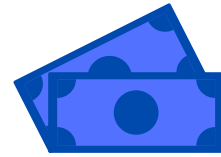


Cuando su compañía de seguros se niega a pagar



Guía del seguro para la atención de salud mental

Sus derechos

Cuando una compañía de seguros niega una reclamación, usted tiene varias opciones. En primer lugar, la empresa debe proporcionarle una razón por escrito. Esto a menudo se imprimirá en su "explicación de beneficios" que viene en el correo (o internet). Busque la letra hormiga en el contrato.

Service Date	Type of Service	Amount Billed	Amount Paid	Amount Withheld	Non-Covered	Deductible	Copayment	Coinsurance	Plan
03/04/00	Office Medical	65.00	45.00	22.40	0.00	0.00	0.00	0.00	
03/11/00	Office Medical	95.00	45.00	22.40	0.00	0.00	0.00	0.00	
03/18/00	Office Medical	95.00	45.00	22.40	0.00	0.00	0.00	0.00	
03/25/00	Office Medical	95.00	45.00	22.40	0.00	0.00	0.00	0.00	
Claim Total:		350.00	180.00	89.60	0.00	0.00	0.00	0.00	
Adjusted Payment:			89.60						

Message: Amount of \$0.45 was paid for this claim.
Your health plan has one or more additional Explanation of Benefits.
This is an agreed payment for a previously processed claim.
Charges and treatment codes listed on this claim and their meanings can be requested by contacting Customer Service.

Thank you for choosing Blue Shield.
To see the extra services and support available to you, go to www.blueshieldca.com.

Sample: Explanation of Benefits (EOB)

Lo que puede hacer

1. Trate de resolver el problema con la empresa

Es posible que pueda resolver el problema directamente con su compañía de seguros, a veces hubo un error al procesar la solicitud. Hable por teléfono para aclarar la reclamación.

2. Presentar una queja con su compañía de seguros

Si no puede resolver el reclamo, debe de hacer una queja contra su compañía de seguros. Usando el internet o teléfono, encuentre la explicación de sus beneficios. Ahí usted encontrará el proceso para formular una queja oficial. Por lo general, dura 30 días para procesar el caso.

3. Presentar una queja ante los reguladores estatales

Cada estado tiene varios reguladores que supervisan todos los planes de seguro en el estado. Cuando su compañía de seguros no resuelve su reclamo o no proporciona la atención adecuada, puede presentar una queja oficial o solicitar una revisión médica independiente de los reguladores estatales. Dependiendo de su queja, puede resultar en que la compañía pague sus gastos de salud mental o que la compañía enfrente cargos legales. Usted debe presentar una queja oficial con su compañía de seguros antes de poder presentar una queja ante el estado.

Hacer una queja estatal

La mayoría de las quejas o solicitudes de revisión médica independiente se manejan a través del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC). Puede obtener más información aquí:

<http://www.dmhc.ca.gov/Fil/eaComplaint.aspx>

Para presentar una apelación de Medicare, visite [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).

Mas ayuda

Para obtener asistencia adicional sobre trabajar con su compañía de seguros y resolver problemas de cobertura, la Alianza para Consumidores de Salud (HCA) puede ayudar.

HealthConsumer.org
888-804-3536