

# Serie de herramientas para la Ley de paridad en la salud mental de California

## Guía para apelar los casos de denegación de cuidados de salud mental por parte de los planes médicos

Publicación N.º CM54.02



Primera edición: noviembre de 2014

## Reconocimiento

En septiembre de 2010, la Coalición para la Implementación de la Paridad (PIC, por sus siglas en inglés) publicó la primera edición de *Parity Toolkit for Addiction & Mental Health Consumers, Providers & Advocates* (Serie de herramientas sobre paridad para adicciones y consumidores de servicios de salud mental, proveedores y defensores legales). Esta excelente serie de herramientas se creó para ayudar a las personas a atravesar el proceso de apelación a fin de asegurarse de que los planes médicos cumplan los derechos y beneficios provistos según la ley federal de paridad (Ley de paridad en la salud mental y adicciones de Paul Wellstone y Pete Domenici [MHPAEA, por sus siglas en inglés]). Agradecemos a la Coalición por su trabajo esmerado y por permitirnos usar su serie de herramientas como pauta para elaborar nuestra propia serie de herramientas, centrada en la ley estatal de California. Los autores recomiendan que todo lector consiga y emplee la serie de herramientas de la Coalición para la Implementación de la Paridad si desea apelar una decisión comprendida en la ley federal.

Además, queremos agradecer a Mental Health Advocacy Project, Inc., Mental Health Advocacy Services y Legal Aid Society of San Diego por sus contribuciones y su apoyo en este proyecto.

## Índice

Introducción .....	1
Cómo usar esta serie de herramientas .....	3
Descripción general de la Ley de paridad en la salud mental de California (CMHPA) .....	4
Historia breve sobre la CMHPA.....	4
A quién cubre la CMHPA .....	4
Proceso de apelación .....	7
Descripción .....	7
Conozca los documentos de su cobertura.....	8
Denegación.....	9
Cómo presentar una apelación .....	11
Apelación interna.....	11
Revisión externa.....	12
Situaciones médicas de urgencia .....	12
Arbitraje.....	13
Pasos por seguir durante una apelación .....	14
Conclusión.....	16
Términos que debe conocer .....	17
Enlaces útiles.....	23
Apéndice.....	24
Lista de verificación para hacer el seguimiento de una apelación .....	25
Lista de verificación para la cobertura de mi plan médico .....	26
Registro de llamadas telefónicas.....	29
Ejemplos de cartas de apelación.....	31

## Introducción

Esta serie de herramientas proporciona información práctica y sugerencias para ayudar a las personas a obtener los servicios de salud mental que necesitan. Está destinada a las personas que poseen planes médicos privados regulados por el estado de California y sujetos a los requisitos de la Ley de paridad en la salud mental de California. Comprende lo siguiente:

- los servicios de salud mental que debe cubrir su plan médico conforme a la Ley de paridad en la salud mental de California;
- los servicios de salud mental adicionales que puede cubrir su plan médico;
- cómo apelar cuando su plan médico deniega la solicitud de algún servicio de salud mental que necesita.

Existen dos leyes de paridad en cuanto a salud mental que les corresponden a los habitantes de California: una ley federal y una ley estatal. La ley de paridad que se aplique a su caso dependerá del tipo de plan médico que tenga y del proveedor de la cobertura. Esta serie de herramientas se centra en la Ley de paridad en la salud mental de California. Consulte la página 4 para ver una descripción de los planes médicos comprendidos por la ley de California. Para conocer la serie de herramientas acerca de la ley federal de paridad en cuanto a salud mental, diríjase a <http://parityispersonal.org/Parity-Toolkit>.

En esta publicación no se incluye Medi-Cal. Si desea conocer información sobre sus derechos a la paridad en cuanto a salud mental conforme a Medi-Cal, visite nuestro sitio web en <http://www.disabilityrightsca.org/CalMHSA/CalMHSAParity.html>.

Al comienzo de esta serie de herramientas, se explica el significado de paridad y cómo afecta la cobertura del plan de salud mental del consumidor. En la siguiente sección, se detalla cómo usar la serie de herramientas. Luego, se analiza la Ley de paridad en la salud mental de California. La última sección importante trata sobre el proceso de apelación e incluye ejemplos de cartas y documentos de apelación.

*¿Qué es la paridad en cuanto a salud mental?*

Paridad en cuanto a salud mental significa que un plan médico debe brindar la misma cobertura para la salud mental que para la salud física. Por ejemplo, los planes médicos no lo pueden obligar a pagar más por citas terapéuticas de salud mental que por citas de salud física. Esto no quiere decir que los servicios provistos sean exactamente iguales; los servicios de salud mental no siempre equivalen a los servicios de salud física. Implica que un plan médico no puede hacer que el proceso para recibir los servicios de salud mental médicamente necesarios sea más difícil. Del mismo modo, un plan médico no puede obligar al consumidor a pagar un costo más elevado por esos servicios.

## **Cómo usar esta serie de herramientas**

La información de la serie de herramientas sirve como guía para el proceso de apelar la decisión negativa de un plan médico conforme a la Ley de paridad en la salud mental de California. En la primera mitad de este documento, se proporciona información sobre la ley y el proceso de apelación, además de información general de referencia.

La segunda mitad constituye el apéndice. Los consumidores, sus familias, defensores legales y proveedores deben revisar con detenimiento las plantillas del apéndice y modificarlas para adaptarlas a cada situación en particular.

En cada plantilla, se incluye una carta de opinión elaborada por el equipo de los organismos de servicios jurídicos que colaboraron para crear esta serie de herramientas. Le sugerimos que use las cartas como ayuda para respaldar su posición al presentar una apelación. Estas cartas también comprenden secciones personalizables donde puede incluir hechos específicos para elaborar las cartas según su caso.

Además, incluyen listas de verificación diseñadas para ayudar a los proveedores de atención médica a resolver disputas con los planes médicos. Los autores agradecen a la Coalición para la Implementación de la Paridad por asesorarlos sobre estas listas de verificación. Las listas se elaboraron a partir de los años de experiencia de la Coalición en brindar asistencia sobre los problemas relacionados con la paridad en cuanto a salud mental. Los proveedores deben prestar especial atención a la lista de verificación sobre apelaciones de atención administrada que figura en el apéndice de la página 24.

## **Descripción general de la Ley de paridad en la salud mental de California (CMHPA)**

### ***Historia breve sobre la CMHPA***

La Ley de paridad en la salud mental de California, Proyecto de Ley 88 (AB 88), se promulgó en 1999. Exige que todos los planes médicos que ofrecen cobertura hospitalaria, médica o quirúrgica también cubran el diagnóstico y el tratamiento médicamente necesario de enfermedades mentales graves. La historia legislativa del AB 88 incluye una carta de la asambleísta Helen M. Thomson y del senador Don Perata para aclarar la intención de la ley. Dice, en parte, que el “AB 88 se presentó con el propósito de brindar imparcialidad y un tratamiento equitativo por parte de los planes médicos y las empresas aseguradoras” para las personas que sufren una enfermedad mental grave. 6 Assemb. Journal, Cal. Leg., 1999-2000 Reg. Sess., 8115 (23 de agosto, 2000), nota de la sección 1374.72 del Código de Seguridad e Higiene de California, nota de la sección 10144.5 del Código de Instituciones de California (Oeste 2014).

### ***A quién cubre la CMHPA***

La Ley de paridad en la salud mental de California se aplica a todos los planes médicos de California publicados, modificados o renovados a partir del 1.º de julio de 2000, con algunas excepciones. No corresponde a los planes “autofinanciados” del empleador, a los planes de Medicare, de Medi-Cal, del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) ni a los planes médicos federales para empleados.

La ley de California requiere que todos los tratamientos y servicios de salud mental médicamente necesarios tengan la misma cobertura que los servicios médicos. Esto no significa que los servicios sean idénticos, sino que tengan una calidad de cobertura equitativa. *Rae v. Blue Cross of California*, 226 Cal. App. 4th 1209, 1238, 172 Cal. Rptr. 3d 823, 845 (2014).

La ley exige que el plan médico proporcione los mismos beneficios para los servicios de salud mental que para los servicios médicos. La ley cubre los siguientes beneficios:

1. servicios ambulatorios;

2. servicios para pacientes hospitalizados;
3. servicios hospitalarios parciales;
4. medicamentos recetados, solo si se ofrece un plan de medicamentos. No existe ningún requisito para crear un plan de medicamentos a fin de cumplir la ley de paridad.

Entre los términos y condiciones que se deben aplicar de forma equitativa a todos los beneficios se encuentran los siguientes:

1. beneficios vitalicios máximos;
2. copagos;
3. deducibles individuales y familiares.

Es decir que, si el copago por una visita al consultorio médico es de \$30, el copago por una visita al consultorio de un terapeuta también debe ser de \$30.

No obstante, se impone un límite en cuanto a quién recibe los beneficios de la ley de paridad. La ley exige la paridad para todos los adultos con una “enfermedad mental grave” según se define en la Ley de paridad en la salud mental. Para los adultos, las enfermedades cubiertas conforme a esta ley son las siguientes:

1. Esquizofrenia
2. Trastorno esquizoafectivo
3. Trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva)
4. Trastornos depresivos graves
5. Trastornos de pánico
6. Trastorno obsesivo compulsivo
7. Trastorno generalizado del desarrollo o autismo
8. Anorexia nerviosa
9. Bulimia nerviosa

La Ley de paridad en la salud mental de California también resguarda a los niños con “trastornos emocionales graves”. Un “trastorno emocional grave” se define de forma más amplia que una “enfermedad mental grave”, ya que abarca todos los trastornos en la última edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual de diagnóstico y estadísticas de trastornos mentales), aparte del trastorno



primario de abuso de sustancias o el trastorno del desarrollo. El trastorno emocional también debe satisfacer los criterios en la sección 5600.3(a)(2) del Código de Bienestar e Instituciones. Esto significa que el “trastorno emocional grave” debe resultar en una discapacidad sustancial en dos categorías o más y en el comportamiento indebido conforme a las normas de desarrollo.

A continuación, se incluyen algunos ejemplos sobre cómo la Ley de paridad en la salud mental de California exige los mismos tratamientos y servicios para la salud mental que para la salud médica/quirúrgica.

Una persona con un diagnóstico de depresión significativa o anorexia nerviosa presentó una solicitud para la autorización previa de una terapia intensiva ambulatoria. Esta terapia se debe brindar del mismo modo que la terapia intensiva ambulatoria para alguien con una discapacidad física.

Un niño con un diagnóstico de trastorno bipolar grave recibirá los servicios de apoyo intensivo en el hogar recomendados que sean médicamente necesarios de la misma calidad que la atención médica/quirúrgica ambulatoria.

Una persona con un diagnóstico de esquizofrenia recibirá la misma atención en cuanto al uso y a los gastos en efectivo por una internación en cuidados intensivos que alguien que requiera internación en cuidados intensivos por un problema médico/quirúrgico.

## Proceso de apelación

### *Descripción*

Usted tiene el derecho legal de impugnar la denegación de la cobertura de un plan médico, sin importar el tipo de plan médico que tenga. Por ejemplo, tiene derecho a impugnar la denegación de la cobertura si posee un plan de contratación individual o un plan del empleador. Esto comprende los planes disponibles de forma directa o a través de un agente o intercambio, como Covered California. Cada plan debe proporcionar un proceso para reconsiderar o apelar una denegación de la cobertura. La única inquietud sería ante quién presentar la apelación y qué ley de paridad corresponde. Si el plan médico está regulado por el estado de California y se le diagnosticó una de las nueve enfermedades mentales enumeradas en la página 5, o un trastorno emocional grave, según se define en la página 5, esta serie de herramientas le ofrece los materiales para ayudarlo con la apelación. Si queda excluido de estos criterios, lo más probable es que le correspondan las leyes federales de paridad, en cuyo caso la serie federal de herramientas será el mejor recurso. Puede encontrar dicha serie en <http://parityispersonal.org/Parity-Toolkit>.

### **Organismos reguladores**

Si tiene un plan de servicios de atención médica, también denominado plan de atención administrada, o un plan de organizaciones de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) de Blue Cross o Blue Shield, es probable que su plan esté regulado por el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC, por sus siglas en inglés) de California y que se le apliquen las normas de dicho departamento.

Si cuenta con una póliza de seguro de indemnización (también llamada plan de “cargo por servicio”), incluido un plan PPO (que no sea un plan PPO de Blue Cross o Blue Shield), es posible que su plan esté regulado por el Departamento de Seguros de California (CDI o DOI, por sus siglas en inglés) y que se le apliquen sus normas.

Las disposiciones de la Ley de paridad en la salud mental administradas por el DMHC y el CDI son prácticamente iguales, pero se encuentran en diferentes secciones de los códigos de California. Los estatutos que administra el DMHC constan en el Código de Seguridad e Higiene de California, mientras que aquellos que administra el CDI figuran en el Código de Seguros de California. Asimismo, el DMHC y el CDI aplican protecciones federales de paridad en salud mental a todos los planes

cubiertos por la Ley de paridad en la salud mental de California y a todos los planes regulados por ellos que ofrecen beneficios no obligatorios de salud mental y consumo de sustancias.

Si recibe servicios de salud mental mediante Medi-Cal, es posible que no se aplique la ley de California. Sin embargo, sí se aplican las protecciones federales de paridad en salud mental, por lo que le corresponde la serie federal de herramientas de paridad. Además, hay otro proceso para las audiencias administrativas de Medi-Cal que excede el alcance de esta publicación. Para conocer más información sobre el proceso de apelación de Medi-Cal, consulte la página de enlaces útiles a continuación.

Si recibe servicios de salud mental mediante un plan autofinanciado del empleador (como un plan ofrecido por un empleador de gran envergadura, un plan gubernamental estatal o local, o un plan ofrecido por un sindicato), solo rigen las protecciones federales de paridad en salud mental y la información de la serie federal de herramientas de paridad. A veces, es difícil determinar si un plan es autofinanciado o no. En términos generales, un empleador o sindicato contrata a un administrador externo (TPA, por sus siglas en inglés) para operar el plan. El administrador externo suele ser un plan médico, por ejemplo, Blue Cross, Health Net o UnitedHealthcare. Este plan médico publicará la descripción resumida del plan (SPD, por sus siglas en inglés) para su cobertura médica. Consulte al administrador del plan para saber si su plan es autofinanciado o no.

Por último, los planes gubernamentales federales tienen requisitos de paridad diferentes. No rigen los requisitos estatales para estos planes. Los planes gubernamentales federales incluyen los planes de Medicare, Medicare Advantage, Medicare Supplement, Asuntos Veteranos (VA), CHAMPUS y del Programa Federal de Beneficios de Salud para Empleados (FEHBP, por sus siglas en inglés) administrados directamente por el Gobierno federal o por medio de aseguradoras privadas. Consulte los documentos de la constancia de cobertura o de la descripción resumida del plan para determinar cuáles son sus derechos de apelación. También puede encontrar información sobre los derechos de apelación en los sitios web de los distintos planes.

***Conozca los documentos de su cobertura***

**Comprenda la cobertura del plan médico**

Saber qué cubrirá y qué no cubrirá su plan antes de una intervención o una cita médica le permitirá tomar decisiones mejor informadas acerca de la atención médica. Según el plan y el beneficio, esta información se explicará resumidamente en el sitio web del plan médico, o se la proporcionarán el administrador del plan o el Departamento de Recursos Humanos de su empleador. La información sobre los beneficios cubiertos en su plan y cómo acceder a la atención médica suele detallarse en un paquete informativo denominado “constancia de cobertura” (EOC, por sus siglas en inglés) o “descripción resumida del plan” (SPD). Consulte a su agente, al administrador del plan o al Departamento de Recursos Humanos de su empleador si no encuentra los documentos de la constancia de cobertura o de la descripción resumida del plan.

### **Sepa cuándo necesita obtener autorización previa**

Es su responsabilidad saber cuándo debe solicitar autorización previa para una intervención o un tratamiento, para consultar a un especialista o para cerciorarse de que usted o su proveedor consigan la aprobación. También puede hallar esta información en la documentación del plan de beneficios o llamar al servicio de atención al cliente de su plan médico.

### ***Denegación***

Es común que algunas reclamaciones se denieguen o que los planes médicos se nieguen a cubrir un examen, una intervención o un servicio indicados por los médicos. Cuando un plan médico deniega una reclamación, mediante el proceso de autorización previa o después de la prestación del servicio (auditoría posterior al pago), recibirá un aviso de denegación. Allí se le notificará que el plan médico no pagará el servicio y el motivo de la denegación. Si esta se basa en la necesidad médica, también se incluirá la sección de las pautas de necesidad médica que le corresponden a su caso.

Si no recibe ningún aviso, pero el proveedor o un tercero le informó que se ha denegado el servicio o tratamiento, comuníquese con su plan médico. Hay solo unos pocos casos en los cuales no se le exige al plan médico que envíe un aviso por escrito. Si se le denegó la cobertura debido a una exclusión específica, por necesidad médica o por un tratamiento experimental o de investigación, el plan médico le debe enviar un aviso de denegación por escrito. Cuando se ponga en contacto con su plan médico, recuerde anotar el nombre de la persona con quien habló, la fecha en la

que llamó y el desarrollo de la llamada. Si el plan médico confirma la denegación, solicite que se la envíen por escrito. Si el plan se niega a enviar una denegación por escrito o no se la envía, contacte al organismo regulador para recibir ayuda. (Consulte la página 23 para ver los enlaces útiles). En la página 7 anterior, se detalla a qué organismo llamar.

El primer paso después de recibir un aviso de denegación es volver a presentar la reclamación junto con una copia del aviso. Tal vez deba enviar una nota o carta de su médico u otro proveedor donde se explique o justifique lo que necesita. A veces, solamente hace falta codificar de modo diferente el servicio o tratamiento. Si su impugnación no tiene éxito, quizá deba hacer lo siguiente:

- Retrase el pago del tratamiento hasta resolver el problema.
- Vuelva a enviar la reclamación por tercera vez y pida una revisión.
- Hable con un supervisor del plan médico con la autoridad suficiente para revertir la decisión.
- Solicite una respuesta del plan médico por escrito, donde se explique el motivo de la denegación.
- Pídale ayuda a un representante de atención al cliente del organismo estatal que regule su plan médico. (Consulte la página 23 para ver los enlaces útiles).
- Apele formalmente la denegación del plan médico por escrito y explique por qué cree que este debe pagarle el tratamiento.

Cuando se comunique con su plan médico (es decir, cuando solicite información general para iniciar el proceso de apelación), es importante que trate de establecer una buena relación con el representante del plan. A continuación, se incluyen algunas recomendaciones para recibir respuestas a estas preguntas concernientes a la cobertura.

- Hable con el Departamento de Atención al Cliente de su plan médico.
- Solicite el nombre de la persona con quien hable cada vez que llame.
- Anote el nombre de la persona, así como la fecha y hora de la llamada.
- Pregunte si la llamada tiene un “número de referencia” y apúntelo.
- Pídale ayuda a su proveedor de atención médica.
- Comuníquese con la oficina de defensoría del consumidor del organismo gubernamental que regule su plan. Solicite y anote los

nombres de las personas con las que hable. Consulte la sección de enlaces útiles en esta serie de herramientas para conocer la información de contacto.

- Infórmese sobre las leyes y regulaciones del plan médico que lo respaldan. Consulte la sección de enlaces útiles en esta serie de herramientas para conocer más información.

## ***Cómo presentar una apelación***

Información fundamental que necesita ANTES de presentar una apelación

ANTES de comunicarse con su plan médico, asegúrese de contar con la siguiente información.

1. Sepa el tipo de plan médico que tiene.  
Debe saber qué plan médico tiene. Puede ser cobertura individual, cobertura autofinanciada del empleador, cobertura para grupos pequeños, cobertura para grandes grupos o plan público. Consulte la lista de verificación titulada “Lista de verificación para la cobertura de mi plan médico” en el apéndice, en la página 25.
2. Comprenda los términos que constan en los documentos de cobertura del plan (y los beneficios de salud mental y física cubiertos por el plan y excluidos de él).
3. Conozca los criterios de necesidad médica para el beneficio de salud mental y el beneficio médico comparable, a fin de poder contrastar el proceso de toma de decisiones de cobertura de ambos tipos de beneficios.
4. Averigüe el motivo por el cual el plan denegó la atención.

### Apelación interna

Los planes médicos tienen un nivel y, a veces, dos niveles de apelaciones internas. Para presentar una apelación, la mayoría de los planes médicos cuentan con un formulario estándar. Es común que el plan médico incluya el formulario de apelación con el aviso de denegación o que le informe cómo obtener dicho formulario. Use la lista de verificación en la página 25 para asegurarse de proporcionar toda la información que el plan médico necesita para evaluar la denegación de manera adecuada.

Al presentar la apelación, tenga presente estas recomendaciones:

- Sea persistente. No se rinda. Es común que las denegaciones se revoquen tras una apelación. Quizá tenga que atravesar varios pasos en el proceso de apelación para lograr que se revoque la denegación.
- Elabore las apelaciones de forma objetiva y breve, pero asegúrese de aportar información completa.
- Cumpla todos los plazos para presentar la apelación.
- Lleve un registro detallado. Para ello, puede usar la hoja de seguimiento en la página 25.
- Solicite ayuda a sus proveedores de atención médica.

### Revisión externa

Si la apelación interna no es exitosa, en muchos casos puede solicitar una revisión externa. El plan médico le brindará información acerca del derecho a la revisión externa en los documentos de la constancia de cobertura o de la descripción resumida del plan. Durante la revisión externa o “revisión médica independiente” (IMR, por sus siglas en inglés), los médicos que no integran su plan médico revisan la denegación. El organismo que regula su plan médico es responsable de la revisión externa.

Puede solicitar una revisión médica independiente si el plan médico se niega a prestar un servicio o tratamiento, o lo modifica o demora por las siguientes razones:

- El plan determina que el tratamiento no es un beneficio cubierto conforme a los términos del plan.
- El plan determina que el tratamiento no es médicamente necesario.
- El plan no cubrirá un tratamiento experimental o de investigación para una enfermedad grave.
- El plan no pagará los servicios médicos de emergencia o urgencia que usted ya recibió.

### Situaciones médicas de urgencia

Si está atravesando una situación médica de urgencia y el plan médico le denegó la atención que requiere, es posible acelerar el proceso de apelación. Estas son situaciones en las que esperar el proceso de

apelación estándar pondría en grave peligro su vida o su capacidad de recuperar plenamente sus funciones.

En estas circunstancias, puede solicitar una revisión interna y externa al mismo tiempo. El plazo para una decisión final también se reduce. La decisión final se debe tomar tan pronto como su enfermedad lo requiera, dentro de un máximo de cuatro (4) días hábiles.

### ***Arbitraje***

Es posible que el plan médico le ofrezca o, en algunos casos, le exija que resuelva sus diferencias a través de un proceso denominado arbitraje. En él, dos partes exponen sus opiniones ante un tercero neutral — un árbitro, quien luego decidirá cómo superar las diferencias. En la constancia de cobertura o en la descripción resumida del plan, hay información sobre el proceso de arbitraje y sobre si es vinculante o no vinculante. El arbitraje vinculante implica que todos aceptan con anticipación acatar la decisión del árbitro. El arbitraje no vinculante implica que la decisión es solamente consultiva y usted no pierde ningún otro derecho de apelación.

Si el plan médico le ofrece arbitraje voluntario, puede elegir usarlo o no. Si decide no utilizar el arbitraje voluntario, esto no afectará sus derechos a los demás beneficios del plan, así como el plan médico tampoco podrá emplear esta decisión en su contra en las apelaciones subsiguientes.

Si el arbitraje es obligatorio según su plan de seguro, el estado de California puede estipular cómo usarlo. El organismo que regula el plan podrá brindarle información adicional sobre los requisitos del estado. La sección de enlaces útiles contiene información de contacto del Departamento de Seguros y del Departamento de Servicios de Atención Médica Administrada.



## **Pasos por seguir durante una apelación**

Paso 1. Pídale ayuda a su proveedor:

El proveedor tiene los recursos y los conocimientos para ayudarlo a respaldar la reclamación. Puede proporcionarle información sobre las necesidades del tratamiento que pueden convencer al plan para que cubra su atención o tratamiento. Si el proveedor le recomienda un curso de tratamiento, tiene la obligación profesional de asistirlo para obtener la autorización o el pago del tratamiento por parte del plan médico. También, puede tener la obligación legal de ayudarlo con esto.

Paso 2. Asegúrese de que su proveedor solicite una apelación acelerada especial para emergencias (consulte la sección anterior sobre situaciones médicas de urgencia):

La atención médica de emergencia no se puede posponer por trámites estándar o procesos de toma de decisiones. La mayoría de los planes médicos ofrecen este proceso de apelación especial, así que úselo cuando sea necesario.

Paso 3. Confirme con el plan médico que sus servicios estarán cubiertos durante la apelación:

Si esto no es posible, averigüe cuáles serían sus obligaciones financieras para estos servicios en caso de que la apelación no tenga éxito, de modo que pueda analizar otras opciones con su proveedor, según sea necesario.

Paso 4. Solicite personalmente o mediante su proveedor una notificación por escrito de los motivos de la denegación:

El plan médico debe enviarles a usted y a su proveedor una explicación por escrito con los motivos por los cuales deniega la atención. Este aviso debe comprender una descripción de la información necesaria para que su tratamiento sea aprobado. Al brindar esta información por escrito, se reducen las posibilidades de la falta de comunicación entre el plan médico y usted y su proveedor. Este derecho es nuevo según la ley de paridad. Si no recibe este aviso dentro de los 30 días, reclámelo a la entidad que regula su plan médico.

Paso 5. Utilice las plantillas en esta serie de herramientas:

En la sección 5 de este documento, se incluyen ejemplos de cartas para apelar las reclamaciones relacionadas con la salud mental/el trastorno de consumo de sustancias que se deniegan con más frecuencia, junto con las justificaciones legales.

Paso 6. Asegúrese de que usted y su proveedor cumplan todos los plazos:

Si se le deniega el tratamiento debido a que usted o su proveedor no cumplieron el plazo de una revisión de utilización o apelación, es muy poco probable que esa denegación se revoque, incluso si el plan médico reconoce que usted necesita ese tratamiento.

## **Conclusión**

Sabemos y comprendemos que el proceso de apelación puede ser frustrante y tedioso. Debe comunicarse con su plan médico, registrar toda la información proporcionada en esas llamadas, realizar un seguimiento de todos los documentos y redactar cartas. Pero es posible hacerlo y suele tener un resultado muy satisfactorio. Consiga un anotador y disponga de un lugar en su casa para guardar todo. Tome nota de todas las llamadas que haga. Guarde todas las cartas que reciba. Conserve la calma y sea amable. Proceda día a día. Infórmenos si podemos ayudarlo. En la sección de enlaces útiles, figura información de contacto de las organizaciones asociadas.

## **Términos que debe conocer**

**Apelar una reclamación:** proceso para impugnar una reclamación médica o de salud mental denegada. La mayoría de los planes médicos tienen su propio proceso y plazo.

**Facturación de saldos:** monto que tal vez deba pagar (además de los copagos, deducibles o coseguros) si usa un proveedor fuera de la red y si la tarifa de un servicio en particular excede el cargo permisible para ese servicio.

**Contratista:** plan de servicios de atención médica o compañía de seguros de salud que proporciona la cobertura del plan médico.

**Escidente:** organización de salud conductual administrada independiente que gestiona los beneficios de salud mental o de consumo de sustancias por separado de los beneficios médicos del plan.

**Reclamación:** descripción de la atención médica que se brindó o se brindará, o la solicitud de pago, que suele presentar el proveedor al plan médico del paciente. El plan médico revisa las reclamaciones para determinar si los beneficios están cubiertos y si finalmente autorizará el pago de los servicios al proveedor.

**Clasificación:** una de las cuatro categorías de beneficios exigidas conforme a la Ley de paridad en la salud mental de California (es decir, cobertura de hospitalización, atención ambulatoria, internación parcial o medicamentos recetados).

**Pauta de práctica clínica:** herramienta de utilización y gestión de calidad diseñada para ayudar a los proveedores a tomar decisiones sobre el curso más apropiado de tratamiento para un paciente en particular con determinadas enfermedades.

**Copago:** importe en dólares que un paciente con cobertura de atención médica debe pagar en el momento del servicio.

**Deducible:** importe en dólares (usualmente anual) que un paciente con cobertura de atención médica debe pagar antes de que el plan médico realice los pagos.

**Reclamación médica denegada:** rechazo de una solicitud de reembolso de los servicios de atención médica que recibe el paciente con cobertura de atención médica. En general, el plan médico le informa al paciente sobre la reclamación rechazada y le explica por qué considera que los servicios están fuera del alcance de la cobertura.

**Fecha de entrada en vigencia:** fecha en la que realmente comienza la cobertura médica. Ningún servicio está cubierto hasta la fecha de entrada en vigencia.

**Programas de asistencia de empleados (EAP):** servicios de asesoramiento sobre salud mental que, en ocasiones, ofrecen los planes médicos o empleadores. Habitualmente, las personas o los empleadores no tienen que pagar de forma directa por los servicios suministrados mediante un programa de asistencia de empleados.

**Ley de seguridad de ingresos de jubilación del empleado (ERISA):** ley federal integral que regula los planes de beneficios para el bienestar de los empleados, incluidos los planes médicos autofinanciados, y establece los derechos de los participantes del plan médico, los requisitos de divulgación de las disposiciones del plan médico y de financiación de los participantes, y las normas para invertir los activos del plan.

**Constancia de cobertura (EOC):** paquete informativo sobre el plan médico, donde se resumen los beneficios cubiertos y excluidos. Aquí se detallan las normas y los procedimientos para acceder a los beneficios a través del plan médico y también se describen los procesos de reclamo y apelación. En algunos planes, este tipo de información se denomina “descripción resumida del plan” (SPD).

**Exclusiones:** enfermedades, servicios o tratamientos específicos, enumerados en los documentos del plan, que el plan médico no cubrirá.

**Organización de proveedores exclusivos (EPO):** en una organización de proveedores exclusivos, usted debe recurrir a los proveedores que pertenecen a ella para que sus gastos estén cubiertos. En otras palabras, no puede usar proveedores “fuera” de la red para la atención médica.

**Explicación de beneficios:** declaración enviada por el plan médico al miembro del plan, donde se enumeran los servicios que el proveedor de atención médica facturó, cómo se procesaron esos cargos y el importe total de la responsabilidad financiera del paciente por la reclamación.

**Revisión externa:** la revisión externa forma parte del proceso de denegación de reclamaciones del plan médico. Suele suceder cuando un tercero independiente revisa una reclamación para determinar si el plan médico tiene la obligación de pagar. La revisión externa es uno de los varios pasos que componen el proceso de apelación y revisión. Se realiza *después* de haber agotado sin éxito el proceso de revisión interna del plan. Constituye la revisión de apelación de un tercero que no está afiliado al plan médico o una asociación de proveedores y que no tiene conflicto de intereses ni participación en el resultado de la revisión.

**Requisitos financieros:** por ejemplo, deducibles, copagos, coseguros y gastos máximos en efectivo que el paciente debe pagar.

**Formulario:** lista de medicamentos, clasificados por categoría terapéutica o clase de enfermedad, que se consideran la terapia preferida para cierta enfermedad y que los proveedores de una organización de atención administrada deben usar en las prescripciones.

**Plan totalmente asegurado:** cobertura de atención médica del empleador contratada a través de un plan médico comercial. Estos planes están regulados por los estados. En California, los planes totalmente asegurados están regulados por el Departamento de Atención Médica Administrada de California o el Departamento de Seguros de California, según el tipo de plan.

**Ley de atención médica asequible (ACA):** ley federal que, entre otras cosas, describe los requisitos que los planes médicos grupales patrocinados por el empleador, las compañías de seguros de salud y las

organizaciones de atención administrada deben cumplir para brindar cobertura médica en el mercado de atención médica individual o grupal.

**Organización para el mantenimiento de la salud (HMO):** tipo de plan médico en el cual se accede a todos los servicios de atención médica, o a la mayoría de ellos, mediante una red designada de proveedores, y generalmente se debe acudir al médico de cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) para ser derivado a otros proveedores.

**Paciente hospitalizado:** término empleado para describir a una persona internada durante al menos 24 horas o una noche. También sirve para describir la atención médica recibida en un hospital cuando la estadía es de 24 horas o una noche, como mínimo.

**Organización de salud conductual administrada (MBHO):** organización de atención administrada separada, que presta servicios de salud conductual para un plan médico.

**Medicaid:** programa federal y estatal conjunto que ofrece servicios hospitalarios, médicos y demás servicios a determinadas personas con un ingreso limitado, incluidas las personas de 65 años o más y las personas de 65 años o menos con ciertas discapacidades. En California, este programa se llama **Medi-Cal**.

**Medicamento necesario:** servicios médicos esenciales o requeridos para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad.

**Medicare:** programa gubernamental federal establecido según el título XVII de la Ley de seguridad social para brindar seguro hospitalario y médico a las personas de 65 años o más, o a las personas de 65 años o menos con ciertas discapacidades.

**Red:** grupo de médicos, hospitales y demás profesionales de atención médica que contrata un plan de atención administrada para proporcionar servicios médicos a sus miembros.

**Limitación de tratamiento no cuantitativa:** cualquier limitación de tratamiento no financiera impuesta por un plan médico que restringe el alcance o la duración del tratamiento (es decir, autorización previa, necesidad médica, revisión de utilización, etc.).

**Fuera del plan/fuera de la red:** médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que no están contratados por el plan médico para brindar servicios médicos a tarifas negociadas o aprobadas por el plan. Según el plan de cada persona, es posible que los gastos incurridos en concepto de los servicios brindados por profesionales médicos fuera del plan no estén cubiertos o tengan cobertura parcial.

**Atención ambulatoria:** tratamiento suministrado a un paciente que puede regresar a su hogar después de recibir la atención médica, sin quedarse una noche en el hospital u otra instalación hospitalaria.

**Servicios hospitalarios parciales:** también conocidos como “días hospitalarios parciales”, es un término de atención médica que se usa para referirse a los servicios ambulatorios que se brindan en un hospital como tratamiento hospitalario de salud mental o consumo de sustancias, alternativo o de seguimiento.

**Punto de servicio (POS):** los planes de atención administrada que contratan proveedores fuera de la red para determinados servicios especializados que usted necesita se llaman planes de punto de servicio.

**Autorización previa:** confirmación de cobertura del plan médico por un servicio o producto antes de recibir ese servicio o producto del proveedor de atención médica. (También conocida como preautorización).

**Organización de proveedores preferidos (PPO):** tipo de plan médico donde puede acceder a la atención médica a partir de una lista o red de proveedores “preferidos”, por un costo inferior al acceso a la atención médica de proveedores fuera de esa red.

**Pago de proveedores:** importe de dinero que el plan médico le paga al proveedor de atención médica.

**Limitación de tratamiento cuantitativa:** requisitos financieros como copagos, coseguros y deducibles que los participantes del plan deben pagar.

**Tarifas razonables y tradicionales/tarifas usuales y tradicionales:** tarifa promedio que cobra un tipo particular de profesional



de atención médica dentro de un área geográfica. En general, las aseguradoras usan estas tarifas para determinar el importe de cobertura por la atención médica ofrecida por proveedores fuera de la red. Es posible que la persona deba pagar los copagos, coseguros y deducibles, así como también cualquier porción restante del honorario del proveedor que no esté incluida en la tarifa razonable y tradicional.

**Códigos de motivos:** sistema de letras o números que suelen aparecer y definirse al final de la explicación de beneficios (EOB) y que sirven para explicar cómo se procesó la reclamación de cobertura o pago. Estos códigos son muy importantes para entender por qué el plan médico denegó toda la reclamación o parte de ella.

**Plan de seguro propio (ERISA):** plan ofrecido por los empleadores o sindicatos que directamente asumen el costo principal de la atención médica para sus empleados o miembros. Los planes de beneficios de salud para empleados de seguro propio están exentos de varias leyes estatales y sujetos, en cambio, a la ley federal (ERISA).

**Descripción resumida del plan (SPD):** descripción de los beneficios incluidos en el plan médico. En algunos planes, este tipo de información se denomina “constancia de cobertura” (EOC).

**Limitaciones de tratamiento:** límites basados en la frecuencia de tratamiento, la cantidad de visitas, los días de cobertura y los días en espera.

*Nota: Esta lista de términos no es exhaustiva. Los términos anteriores sirven para comprender la ley de paridad y atravesar el proceso de apelación.*

## Enlaces útiles

Página del consumidor del Departamento de Seguros de California (CDI):

<http://www.insurance.ca.gov/0100-consumers/0020-health-related/>

*Para obtener información sobre las PPO, POS y EPO o para presentar una queja sobre este tipo de plan.*

Página del Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) de California sobre la paridad en cuanto a salud mental.

[http://www.dmhc.ca.gov/dmhc\\_consumer/br/br\\_mentalhth.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/dmhc_consumer/br/br_mentalhth.aspx)

*Para obtener información sobre las HMO, la PPO de Blue Cross of California y la PPO de Blue Shield, o para presentar una queja sobre este tipo de plan.*

Consumer Center for Health Education & Advocacy: <http://www.lasds.org>

Disability Rights California: [www.disabilityrightsca.org](http://www.disabilityrightsca.org)

Mental Health Advocacy Project: [www.lawfoundation.org/mhap.asp](http://www.lawfoundation.org/mhap.asp)

Mental Health Advocacy Services, Inc.: [www.mhas-la.org](http://www.mhas-la.org)

Leyes estatales que exigen o regulan los beneficios de salud mental/trastorno de consumo de sustancias:

<http://www.ncsl.org/IssuesResearch/Health/StateLawsMandatingorRegulatingMentalHealthB/tabid/14352/Default.aspx>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA):

[www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)

*Para obtener información sobre el consumo de sustancias y la salud mental en general.*

## Apéndice

A continuación, se incluye una lista de los recursos disponibles en esta sección. Estas herramientas se pueden adaptar por completo según su situación específica.

Lista de verificación para hacer el seguimiento de una apelación .....	25
Lista de verificación para la cobertura de mi plan médico .....	26
Registro de llamadas telefónicas .....	29
Ejemplos de cartas de apelación .....	31
Denegación de un beneficio o servicio basada en un requisito de autorización previa con restricciones excesivas .....	37
Denegación de servicios de administración de casos tales como la administración telefónica de la atención médica o la tecnología de supervisión de enfermedades .....	42
Denegación de un tratamiento o servicio basada en un tratamiento escalonado o el requisito de “tratamiento alternativo” .....	47
Requisitos de revisión simultánea para los servicios de salud mental .....	52

## Lista de verificación para hacer el seguimiento de una apelación

Con quién comunicarse con respecto a una apelación al plan médico

A quién llamar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dónde escribir: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Con qué rapidez debo apelar? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo tardará en llegar la respuesta? (Enumere los tiempos de respuesta para cada nivel de revisión)

1.<sup>er</sup> nivel \_\_\_\_\_

2.<sup>do</sup> nivel \_\_\_\_\_

Revisión acelerada \_\_\_\_\_  
(para emergencias médicas)

## Lista de verificación para la cobertura de mi plan médico

Recibo la cobertura de mi plan médico mediante uno de los siguientes:

- Mi empleador; marque si:
  - Tengo un plan totalmente asegurado; las denegaciones del plan se pueden someter una a revisión externa estatal.
  - Tengo un plan autofinanciado; no está regulado por la ley estatal (rige la ley de paridad federal).
- Una póliza que yo mismo contraté; las denegaciones del plan se pueden someter a una revisión externa estatal.
- Una póliza patrocinada por una asociación (como una organización comercial o educativa); si es autofinanciada, no está regulada por la ley estatal y rige la ley de paridad federal.
- Otro.

Mi plan médico:

- Cubre la atención de salud mental.
- Administra los beneficios de salud mental directamente.
- Contrata a una entidad externa (por ejemplo, MHBO) para administrar los beneficios de salud mental del plan.

Número de teléfono del plan al cual llamar si tengo un problema:

\_\_\_\_\_

Mi médico de cabecera: \_\_\_\_\_

El número de teléfono de mi médico: \_\_\_\_\_

El número de teléfono de mi proveedor de salud mental/consumo de sustancias: \_\_\_\_\_

Necesito autorización previa para lo siguiente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No necesito la derivación de mi médico de cabecera para lo siguiente:

Pruebas de laboratorio y radiografías

Visitas a otros especialistas

Otro: \_\_\_\_\_

Mi médico de cabecera me puede derivar a especialistas que:

Integran su práctica grupal.

Figuran en la lista de la red del plan médico.

Están fuera de la red del plan médico solo si no hay especialistas similares dentro de la red.

Están fuera de la red del plan médico.

He repasado la sección de exclusiones y limitaciones de la constancia de cobertura o la descripción resumida del plan. Mi plan médico no pagará ni limita los siguientes servicios de salud mental/consumo de sustancias:

---

---

---

¿Mi proveedor está dentro de la red del plan médico?

Mi plan cubrirá los servicios en los siguientes hospitales: \_\_\_\_\_

---

---

¿Qué debo hacer si necesito atención mientras estoy fuera del área de servicio de mi plan?

Para atención no urgente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

En una situación de urgencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

En una emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Si tiene un plan PPO o POS:

Si uso proveedores dentro de la red, pagaré:

\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ de deducible anual

\_\_\_ \_\_\_\_\_ % de coseguro por cargos que exceden el deducible

Si uso proveedores fuera de la red, pagaré:

\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ de deducible anual

\_\_\_ \_\_\_\_\_ % de coseguro por cargos que exceden el deducible

## Registro de llamadas telefónicas

Información de la tarjeta de su plan médico (o tenga la tarjeta del plan médico a mano):

Nombre del plan: \_\_\_\_\_  
Nombre del miembro: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_\_  
Número de identificación: \_\_\_\_\_  
Número de grupo: \_\_\_\_\_  
Número de historia clínica: \_\_\_\_\_  
Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de atención al cliente: \_\_\_\_\_

### ¿POR QUÉ?

Motivo de la llamada: \_\_\_\_\_  
Fecha de servicio: \_\_\_\_\_ Fecha de denegación: \_\_\_\_\_

### ¿CUÁNDO?

Fecha de la llamada: \_\_\_\_\_ Hora de la llamada: \_\_\_\_\_

### ¿QUIÉN?

Nombre del representante del plan médico: \_\_\_\_\_  
N.º de referencia de la llamada: \_\_\_\_\_

### ¿QUÉ?

Mis preguntas (*escríbalas antes de la llamada*):

- 1.
- 2.
- 3.

Respuestas del representante (*escríbalas durante la llamada*):

- 1.
- 2.
- 3.



¿QUÉ SIGUE?

El representante acordó (*incluya los plazos*):

1.

2.

Yo acordé (*incluya los plazos*):

1.

2.

¿CUÁNDO DEBO HACER UN SEGUIMIENTO?

Llamaré/enviaré un correo electrónico o fax/escribiré (*marque una opción con un círculo*) a \_\_\_\_\_,  
el día \_\_\_\_\_.

Marque cuando lo agregue en el calendario.

Marque cuando lo haya realizado.

OTRAS NOTAS:

## Ejemplos de cartas de apelación

Hay dos razones generales por las cuales los planes médicos deniegan la cobertura de los servicios de salud mental. Estas razones son las siguientes:

1. El plan no cubre el tratamiento específico, el servicio o el nivel de atención.
2. El plan impone normas más rigurosas para obtener los beneficios de salud mental conforme al plan que las que suele exigir para obtener los beneficios de salud física.

Si el plan excluye o no cubre un tratamiento de salud mental, servicio o nivel de atención determinados, le sugerimos que en la carta de apelación incluya copias de las pautas de tratamiento o los estudios de investigación donde se demuestre por qué ese tratamiento, servicio o nivel de atención se recomienda o es efectivo para tratar a alguien con su enfermedad.

Si tiene dificultad para encontrar esta información, consulte con su proveedor o diríjase a [www.google.com](http://www.google.com) e ingrese el nombre o una descripción breve del tratamiento o servicio en la barra de búsqueda. Otro recurso útil para este tipo de información es [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov).

A continuación, se muestra el elemento más importante que debe incluir en la carta de apelación: el tratamiento o servicio solicitado se DEBE adaptar según las necesidades clínicas de cada paciente como figura en el expediente o la historia clínica. Por lo tanto, es fundamental que su proveedor de atención de salud mental le informe la justificación clínica en la carta (o en una carta o informe aparte) para respaldar el tratamiento, artículo o servicio recomendado. Si presenta una apelación, su proveedor lo puede ayudar. En general, solo hace falta que el proveedor envíe una carta de una página o dos. En ella, debe constar la información adecuada para que cualquier persona que la lea reciba la información suficiente para evaluar de forma independiente por qué usted necesita el tratamiento o servicio. La carta debe contener información sobre lo siguiente:

1. Diagnóstico.
2. Limitaciones funcionales (es decir, cómo lo afecta su enfermedad de salud mental).

3. Historial del tratamiento y plan de tratamiento (incluidos los medicamentos que toma, junto con la dosis y frecuencia).
4. Prognosis (es decir, cómo espera mejorar).

## **Denegación de cobertura para un servicio o tratamiento de salud mental determinado**

### **Descripción**

Debido a que las personas que necesitan tratamiento o servicios de salud mental tienen el derecho legal a la paridad en la cobertura de salud mental de conformidad con la Ley de paridad en la salud mental, también le recomendamos que incluya la justificación legal de por qué se requiere el servicio o tratamiento según la ley. Los ejemplos de cartas y análisis legales de esta serie de herramientas lo guiarán para proporcionarle esa justificación al plan médico. Recuerde que estos materiales constituyen solo un ejemplo para que usted use. Deberá adaptarlos a su situación en particular.

Este ejemplo de carta le puede servir para cualquiera de las reclamaciones denegadas a continuación:

1. Tratamiento residencial para trastornos psiquiátricos.
2. Niveles intermedios de atención, como tratamiento ambulatorio intensivo, rehabilitación psicosocial y tratamiento asertivo comunitario.
3. Intervenciones de diagnóstico y tratamiento en el consultorio para enfermedades mentales graves, como exámenes psicológicos para evaluaciones de diagnóstico; pruebas normalizadas, como PHQ 9; u otros servicios de tratamiento, como la psicoterapia individual o grupal.

### **Ejemplo de carta de apelación para la denegación de cobertura de los servicios de salud mental o del nivel de atención**

[Inserte la fecha]

[Inserte su nombre]

[Inserte el nombre de la compañía/del plan]  
[Inserte la dirección]

Ref.: [Inserte el nombre, plan médico, número de identificación del plan médico y número de grupo del plan médico del paciente]

Estimada/o [nombre de contacto del plan médico]:

Me dirijo a usted para apelar la decisión de [nombre del plan] de denegar la cobertura de [indique el nombre del servicio de tratamiento específico denegado]. Según la carta de denegación enviada el [inserte la fecha de denegación], entiendo que me negaron este [tratamiento o servicio] por el siguiente motivo:

[Cite el motivo específico detallado en la carta de denegación].

He sido miembro del plan desde [fecha]. El médico [inserte el nombre del médico clínico] sostiene que la mejor atención que puedo recibir en este momento es [detalle el tratamiento o servicio].

Envío adjunta una carta de [nombre del médico clínico] donde explica por qué recomienda [tratamiento o servicio], su preparación y la justificación legal del motivo por el cual tengo derecho a recibir este servicio conforme a la Ley de paridad en la salud mental de California. Me diagnosticaron [diagnóstico de salud mental], que se considera una “enfermedad mental grave” o un “trastorno emocional grave de la niñez” según la Ley de paridad en la salud mental de California.

Si necesita información adicional, no dude en comunicarse conmigo al [número de teléfono]. Quedo a la espera de su pronta respuesta.

Atentamente.  
[Inserte su nombre]

CC: [Inserte el nombre del paciente]

Adjunto: Análisis legal de Disability Rights California  
[Pautas clínicas si corresponde]

## **Opinión legal sobre la denegación de cobertura para un tipo determinado de servicio o tratamiento de salud mental**

*El plan se niega a reembolsar un tipo o nivel de atención para una enfermedad mental grave porque sostiene que las leyes de paridad en cuanto a salud mental no exigen cubrir ese tratamiento o servicio en particular (es decir, no hay ningún requisito de paridad para el alcance del servicio dentro de una clasificación de beneficios o en todas las clasificaciones de beneficios). Por ejemplo:*

- 1. Tratamiento residencial para trastornos psiquiátricos.*
  - 2. Niveles intermedios de atención, como tratamiento ambulatorio intensivo, rehabilitación psicosocial y tratamiento asertivo comunitario.*
  - 3. Intervenciones de diagnóstico y tratamiento en el consultorio para enfermedades mentales graves, como exámenes psicológicos para evaluaciones de diagnóstico; pruebas normalizadas, como PHQ 9; u otros servicios de tratamiento, como la psicoterapia.*
- 

La Ley de paridad en la salud mental de California (MHPA), según consta en la sección 1374.72 del Código de Seguridad e Higiene de California y en la sección 10144.5 del Código de Seguros de California, requiere que los planes médicos regulados por el estado brinden servicios médicamente necesarios para tratar enfermedades mentales graves y trastornos emocionales graves de la niñez. Para el propósito de la ley de paridad, las “enfermedades mentales graves” comprenden los siguientes nueve trastornos: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Sección 1374.72(d) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(d) del Código de Seguros de California. En la ley de paridad, se brinda una definición más amplia de “trastorno emocional grave de la niñez” a fin de incluir todos los trastornos en la última edición de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual de diagnóstico y estadísticas de trastornos mentales), aparte del trastorno primario de abuso de sustancias o el trastorno del desarrollo. Sección 1374.72(e) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(e) del Código de Seguros de California. El “trastorno emocional grave” debe resultar en una discapacidad sustancial

en dos categorías o más y en el comportamiento indebido conforme a las normas del desarrollo. Sección 1374.72(e) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(e) del Código de Seguros de California.

La ley de paridad exige la paridad entre los beneficios de salud mental y física dentro de las cuatro clasificaciones a continuación: 1. servicios ambulatorios; 2. servicios para pacientes hospitalizados; 3. servicios hospitalarios parciales; y 4. medicamentos recetados, si el plan cubre dichos medicamentos. Sección 1374.72(b) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(b) del Código de Seguros de California. Los planes médicos deben proporcionar beneficios médicos/quirúrgicos y de salud mental equitativos dentro de estas clasificaciones. Los beneficios equitativos no se definen como beneficios idénticos, sino como el requisito de brindar la misma calidad de atención. *Rea v. Blue Shield of California*, 226 Cal. App. 4th 1209, 1238, 172 Cal. Rptr. 3d 823, 845 (2014). (“... la paridad, en cambio, exige el tratamiento suficiente de enfermedades mentales para lograr la misma calidad de atención que para las enfermedades físicas”).

En la Ley de paridad en la salud mental de California, se aclara que los planes médicos deben cubrir el tratamiento médicamente necesario de las enfermedades mentales graves y los trastornos emocionales graves según los mismos términos y condiciones que se aplican al resto de las enfermedades. Sección 1374.72(a) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(a) del Código de Seguros de California. Aunque en la ley de paridad no se abordan tratamientos específicos, la jurisprudencia requiere que los planes médicos cubran todos los tratamientos de salud mental médicamente necesarios. *Harlick v. Blue Shield of California*, 686 F.3d 699, 719 (2012) (“... los planes dentro del alcance de la ley deben cubrir *todo* ‘tratamiento médicamente necesario’ de las ‘enfermedades mentales graves’ conforme a los mismos términos financieros que los que rigen para las enfermedades físicas” [énfasis agregado]); *Rea v. Blue Shield of California*, 226 Cal. App. 4th 1209, 172 Cal. Rptr. 3d 823; *Burton v. Blue Shield of California Life & Health Ins. Co.*, 2012 WL 242841 (C.D.Cal. 12 de enero, 2012).

Esto quiere decir que si un plan proporciona el tratamiento residencial/de rehabilitación para una enfermedad médica/quirúrgica, también debe brindar tratamiento residencial/de rehabilitación para una enfermedad

mental grave o un trastorno emocional grave. El plan no puede imponer restricciones o limitaciones al beneficio de salud mental si no lo hace con el beneficio médico/quirúrgico. Por ejemplo, se prohíbe que un plan restrinja el tratamiento residencial/de rehabilitación de salud mental a 7 días, a menos que así también lo haga con el tratamiento residencial/de rehabilitación médico/quirúrgico.

Asimismo, no puede rechazar los niveles de atención “intermedios” de los trastornos de salud mental/emocionales debido a que no existe un nivel de atención médica/quirúrgica equivalente. Si el beneficio médico/quirúrgico del plan cubre el campo de atención hospitalaria y ambulatoria, el plan también debe cubrir el campo de atención hospitalaria y ambulatoria de salud mental, incluidos los servicios “intermedios”, como el tratamiento ambulatorio intensivo, la rehabilitación psicosocial o el tratamiento asertivo comunitario.

Por último, el plan no puede excluir la cobertura de las intervenciones de diagnóstico y tratamiento en el consultorio para las enfermedades mentales graves, como exámenes psicológicos para evaluaciones de diagnóstico; pruebas normalizadas, como PHQ 9; u otros servicios de tratamiento, como la psicoterapia, debido a que no excluye las intervenciones de diagnóstico y tratamiento en el consultorio, incluidas las evaluaciones y pruebas, para los beneficios médicos/quirúrgicos. En caso de que el plan cubra estas intervenciones para los beneficios médicos/quirúrgicos, lo debe hacer también para los beneficios de salud mental/trastornos emocionales.

## **Denegación de un beneficio o servicio basada en un requisito de autorización previa con restricciones excesivas**

### **Descripción**

Los planes médicos suelen emplear técnicas de autorización previa o preaprobación para controlar los costos al evitar el tratamiento innecesario antes de proporcionarlo. Sin embargo, si se usa de forma incorrecta, esta técnica puede retrasar o limitar el acceso a la atención médica. A pesar de que la atención médica de salud física comprende algunos tratamientos que requieren, en general, aprobación previa (es decir, fisioterapia), es común que la salud mental no esté sujeta a este requisito de manera proporcional. La Ley de paridad en la salud mental de California exige que los planes médicos cubran todo tratamiento “médicamente necesario” de una enfermedad mental conforme a los mismos términos y condiciones que el tratamiento médico. Aunque, sin duda, hay algunos tratamientos médicos que siempre requieren autorización previa antes de brindar un servicio (es decir, fisioterapia), el plan médico no debe aplicar esta regla de una manera que denegará el tratamiento o servicio cuando sea necesario. En el caso en que los requisitos de autorización previa rijan solo para unos pocos beneficios médicos y para la mayoría de los beneficios de salud mental, el plan no cumplió el requisito legal de los términos y condiciones equitativos y se considerará en incumplimiento si esto dificulta aún más la obtención de los beneficios de salud mental en comparación con otros beneficios.

[Inserte la fecha]

[Inserte su nombre]

[Inserte el nombre de la compañía/del plan]

[Inserte la dirección]

Ref.: [Inserte el nombre, plan médico, número de identificación del plan médico y número de grupo del plan médico del paciente]

Estimada/o [nombre de contacto del plan médico]:

Me dirijo a usted para apelar la decisión de [nombre del plan médico] de denegar la cobertura de [indique el nombre del servicio de tratamiento específico denegado]. Según la carta de denegación enviada el [inserte la



fecha de denegación], entiendo que me negaron este [tratamiento o servicio] por el siguiente motivo:

[Cite el motivo específico detallado en la carta de denegación].

He sido miembro del plan desde [fecha]. El médico [inserte el nombre del médico clínico] sostiene que la mejor atención que puedo recibir en este momento es [detalle el tratamiento o servicio].

Envío adjunta una carta de [nombre del médico clínico] donde explica por qué recomienda [tratamiento o servicio], su preparación y la justificación legal del motivo por el cual tengo derecho a recibir este servicio conforme a la Ley de paridad en la salud mental. Me diagnosticaron [diagnóstico de salud mental], que se considera una “enfermedad mental grave” o un “trastorno emocional grave de la niñez” según la Ley de paridad en la salud mental de California.

Si necesita información adicional, no dude en comunicarse conmigo al [número de teléfono]. Quedo a la espera de su pronta respuesta.

Atentamente.

[Inserte su nombre]

CC: [Inserte el nombre del paciente]

Adjunto: Análisis legal de Disability Rights California  
[Pautas clínicas si corresponde]

## **Opinión legal sobre la denegación de un beneficio o servicio basada en un requisito de autorización previa con restricciones excesivas**

Los planes médicos suelen emplear técnicas de autorización previa o preaprobación para controlar los costos al evitar el tratamiento innecesario antes de proporcionarlo. Sin embargo, si se usa de forma incorrecta, esta técnica puede retrasar o limitar el acceso a la atención médica. A pesar de que la atención médica de salud física comprende algunos tratamientos que requieren, en general, aprobación previa (es decir, fisioterapia), es común que la salud mental no esté sujeta a este requisito de manera proporcional. La Ley de paridad en la salud mental de California exige que los planes médicos cubran todo tratamiento “medicamente necesario” de una enfermedad mental conforme a los mismos términos y condiciones que el tratamiento médico. Esto significa que, aunque los planes médicos exijan la autorización previa para determinados servicios, no deben aplicar esta regla de una manera que afecte desproporcionalmente el tratamiento o los servicios de salud mental, o que denegará el tratamiento o los servicios de salud mental cuando sean necesarios. En el caso en que los requisitos de autorización previa rijan solo para unos pocos beneficios médicos y para la mayoría de los beneficios de salud mental, el plan no cumplió el requisito legal de los términos y condiciones equitativos y se considerará en incumplimiento si esto dificulta aún más la obtención de los beneficios de salud mental en comparación con otros beneficios.

---

La Ley de paridad en la salud mental de California, según consta en la sección 1374.72 del Código de Seguridad e Higiene de California y en la sección 10144.5 del Código de Seguros de California, requiere que los planes médicos regulados por el estado y las pólizas de seguro médico (referidos en conjunto como “planes médicos”) brinden servicios médicamente necesarios para tratar enfermedades mentales graves y trastornos emocionales graves de la niñez. Para el propósito de la ley de paridad, las “enfermedades mentales graves” comprenden los siguientes nueve trastornos: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Sección 1374.72(d) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(d) del Código de Seguros de California. En la ley de paridad, se brinda una definición más amplia de “trastorno emocional grave de la niñez” a fin de incluir todos los

trastornos en la última edición de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual de diagnóstico y estadísticas de trastornos mentales), aparte del trastorno primario de abuso de sustancias o el trastorno del desarrollo. Sección 1374.72(e) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(e) del Código de Seguros de California. El “trastorno emocional grave” resulta en una discapacidad sustancial en dos categorías o más y en el comportamiento indebido conforme a las normas del desarrollo. Sección 1374.72(e) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(e) del Código de Seguros de California.

Al brindar estos servicios, los planes médicos deben asegurarse de que la cobertura esté regida por los mismos términos y condiciones que se aplican al resto de las enfermedades. Sección 1374.72(a) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(a) del Código de Seguros de California. Estos términos y condiciones se definen en el subpárrafo (c) de la ley, donde consta que “se deben aplicar equitativamente a todos los beneficios del contrato del plan; deben incluir, *sin limitarse a ellos*, los siguientes: (1) beneficios vitalicios máximos, (2) copagos, (3) deducibles individuales y familiares”. Sección 1374.72(c) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(c) del Código de Seguros de California. Aunque los términos y condiciones señalados en el estatuto solo tienen carácter financiero, la ley establece explícitamente que los términos y condiciones no se limitan a los descritos. El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) negó las sugerencias de limitación a términos y condiciones financieros durante el período de notificación y consulta para la regulación en ejecución. El DMHC rechazó, de forma expresa, la idea de limitar la cobertura de los servicios de salud mental a los términos y condiciones financieros con el siguiente argumento: “Los términos del borrador de la regulación determinan que los planes no pueden limitar la cobertura de salud mental a condiciones inferiores a lo que es médicamente necesario y deben establecer la paridad con otro tipo de cobertura médica del plan”. Paridad en salud mental del DMHC, respuestas a comentarios, 1.º período de comentarios, 8/16-9/30/2002, en 1 *Harlick v. Blue Shield of California*, 686 F.3d 699, 715.

La autorización previa es una condición que suelen imponer los planes médicos, mediante la cual exigen que los pacientes obtengan la aprobación del plan antes de recibir un servicio o tratamiento médicamente

necesario. Si el plan médico requiere que una persona con una enfermedad mental solicite la aprobación previa antes de brindar *todos o la mayoría* de los servicios de salud mental, pero no le exige lo mismo a una persona que necesita atención médica/quirúrgica, no hay paridad si el requisito dificulta aún más la obtención de los servicios de salud mental en comparación con los demás servicios cubiertos. Como se analizó antes, la aseguradora debe garantizar la paridad de los términos y condiciones entre los beneficios de salud mental y salud física. La sección 1374.72(c) del Código de Seguridad e Higiene de California y la sección 10144.5(c) del Código de Seguros de California establecen específicamente que los términos y condiciones enumerados en la ley no son exclusivos. Al adoptar las regulaciones de paridad, el DMHC manifestó con mucha claridad que “los planes no pueden limitar la cobertura de salud mental a condiciones inferiores a lo que es médicamente necesario y deben establecer la paridad con otro tipo de cobertura médica del plan”. Está prohibido que un plan médico imponga condiciones más restrictivas para recibir los servicios de salud mental que para los servicios de salud física. Al exigir la autorización previa más allá de lo que se requiere para los servicios de salud física, el plan aplica limitaciones excesivas a la cobertura de salud mental e infringe la ley.

En conclusión, si un plan médico establece que un afiliado debe obtener la autorización previa para los servicios de salud mental más allá de los requisitos de autorización previa para los servicios médicos/quirúrgicos, está infringiendo la Ley de paridad en la salud mental. El plan médico debe cubrir los servicios médicamente necesarios para tratar una enfermedad mental grave o un trastorno emocional grave sin restringir o retrasar de manera indebida el tratamiento o servicio.

## **Denegación de servicios de administración de casos tales como la administración telefónica de la atención médica o la tecnología de supervisión de enfermedades**

### **Descripción**

Según la Ley de paridad en la salud mental, los planes no deben rechazar las reclamaciones de administración telefónica de casos, tecnología de supervisión de enfermedades u otras intervenciones de administración empleadas en la salud conductual, siempre y cuando el plan reembolse estos servicios para las enfermedades físicas. Es importante que se familiarice con las intervenciones de administración cubiertas por los beneficios médicos del plan y las pautas o los criterios utilizados para justificar su uso.

Ejemplo de carta de denegación de una reclamación de intervenciones de administración tales como la administración telefónica de casos y la tecnología de supervisión de enfermedades

[Inserte la fecha]

[Inserte su nombre]

[Inserte el nombre de la compañía/del plan]

[Inserte la dirección]

Ref.: [Inserte el nombre, plan médico, número de identificación del plan médico y número de grupo del plan médico del paciente]

Estimada/o [nombre de contacto del plan médico]:

Me dirijo a usted para apelar la decisión de [nombre del plan médico] de denegar la cobertura de [indique el nombre del servicio de tratamiento específico denegado]. Según la carta de denegación enviada el [inserte la fecha de denegación], entiendo que me negaron este [tratamiento o servicio] por el siguiente motivo:

[Cite el motivo específico detallado en la carta de denegación].

He sido miembro del plan desde [fecha]. El médico [inserte el nombre del médico clínico] sostiene que la mejor atención que puedo recibir en este momento es [detalle el tratamiento o servicio].

Envío adjunta una carta de [nombre del médico clínico] donde explica por qué recomienda [tratamiento o servicio], su preparación y la justificación legal del motivo por el cual tengo derecho a recibir este servicio conforme a la Ley de paridad en la salud mental de California. Me diagnosticaron [diagnóstico de salud mental], que se considera una “enfermedad mental grave” o un “trastorno emocional grave de la niñez” según la Ley de paridad en la salud mental.

Si necesita información adicional, no dude en comunicarse conmigo al [número de teléfono]. Quedo a la espera de su pronta respuesta.

Atentamente.  
[Inserte su nombre]

CC: [Inserte el nombre del paciente]

Adjunto: Análisis legal de Disability Rights California  
[Pautas clínicas si corresponde]

## **Opinión legal sobre la denegación de servicios de administración de casos tales como la administración telefónica de la atención médica o la tecnología de supervisión de enfermedades**

*Si el plan aprueba servicios de administración de casos tales como la administración telefónica de casos, la tecnología de supervisión de enfermedades y las pruebas para las enfermedades físicas, pero se niega a reembolsar estos mismos servicios para las enfermedades mentales graves según se definen en la Ley de paridad en la salud mental de California, estaría infringiendo la ley.*

---

La Ley de paridad en la salud mental de California (MHPA), según consta en la sección 1374.72 del Código de Seguridad e Higiene de California y en la sección 10144.5 del Código de Seguros de California, requiere que los planes médicos regulados por el estado brinden servicios médicamente necesarios para tratar enfermedades mentales graves y trastornos emocionales graves de la niñez. Para el propósito de la ley de paridad, las “enfermedades mentales graves” comprenden los siguientes nueve trastornos: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Sección 1374.72(d) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(d) del Código de Seguros de California. En la ley de paridad, se brinda una definición más amplia de “trastorno emocional grave de la niñez” a fin de incluir todos los trastornos en la última edición de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual de diagnóstico y estadísticas de trastornos mentales), aparte del trastorno primario de abuso de sustancias o el trastorno del desarrollo. Sección 1374.72(e) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(e) del Código de Seguros de California. El “trastorno emocional grave” debe resultar en una discapacidad sustancial en dos categorías o más y en el comportamiento indebido conforme a las normas del desarrollo. Sección 1374.72(e) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(e) del Código de Seguros de California.

En la ley de paridad también se estipula que los beneficios deben comprender los servicios ambulatorios, servicios para pacientes

hospitalizados, servicios hospitalarios parciales y medicamentos recetados, si el plan cubre dichos medicamentos. Sección 1374.72(b) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(b) del Código de Seguros de California. Aunque no se especifican los servicios de administración de casos, la lista de beneficios no es exhaustiva. La regulación en ejecución de la sección 1374.72 del Código de Seguridad e Higiene determina que la ley de paridad “debe abarcar, cuando sea médicamente necesario, todos los servicios de atención médica exigidos conforme a la ley, *incluidos, sin limitarse a ellos*, los servicios de atención médica básicos definidos en las secciones 1345(b) y 1367(i) del Código de Seguridad e Higiene y la sección 1300.67 del título 28”. Código de Regulaciones de California, título 28, sección 1300.74.72(a). La frase “incluidos, sin limitarse a ellos” indica que los elementos enumerados en el subpárrafo (b) de la ley de paridad son ilustrativos, no exclusivos. Los tribunales también ratificaron esta interpretación de la ley. *Harlick v. Blue Shield of California*, 686 F.3d 699 (2012); *Burton v. Blue Shield of California Life & Health Ins. Co.*, 2012 WL 242841 (C.D.Cal. 12 de enero, 2012); *Rea v. Blue Shield of California*, 226 Cal. App. 4th 1209, 172 Cal. Rptr. 3d 823 (2014).

Al brindar estos servicios, los planes médicos deben asegurarse de que la cobertura esté regida por los mismos términos y condiciones que se aplican al resto de las enfermedades. Sección 1374.72(a) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(a) del Código de Seguros de California. Estos términos y condiciones se definen en el subpárrafo (c) de la ley, donde consta que “se deben aplicar equitativamente a todos los beneficios del contrato del plan; deben incluir, *sin limitarse a ellos*, los siguientes: (1) beneficios vitalicios máximos, (2) copagos, (3) deducibles individuales y familiares”. Sección 1374.72(c) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(c) del Código de Seguros de California. Aunque los términos y condiciones enumerados en el estatuto tienen carácter financiero, la ley establece explícitamente que los términos y condiciones no se limitan a los descritos. El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) negó las sugerencias de limitación durante el período de notificación y consulta para la regulación en ejecución. El DMHC rechazó, de forma expresa, la idea de limitar la cobertura de los servicios de salud mental con el siguiente argumento: “Los términos del borrador de la regulación determinan que los planes no pueden limitar la cobertura de salud mental a condiciones inferiores a lo que es médicamente necesario y deben establecer la



paridad con otro tipo de cobertura médica del plan”. Paridad en salud mental del DMHC, respuestas a comentarios, 1.º período de comentarios, 8/16-9/30/2002, en 1 *Harlick v. Blue Shield of California*, 686 F.3d 699, 715.

Las herramientas de administración de casos tales como los servicios telefónicos constituyen un servicio de rápida expansión que le permite al consumidor trabajar en conjunto con los proveedores. Hace referencia a la planificación y coordinación de los servicios de atención médica adecuados para alcanzar los objetivos del consumidor. Estas herramientas pueden comprender servicios telefónicos, así como pruebas y diagnósticos adicionales. Como se analizó antes, la aseguradora debe garantizar la paridad de los términos y condiciones entre los beneficios de salud mental y salud física. La sección 1374.72(c) del Código de Seguridad e Higiene de California y la sección 10144.5(c) del Código de Seguros de California establecen específicamente que los términos y condiciones enumerados en la ley no son exclusivos. Está prohibido que una aseguradora imponga condiciones más restrictivas para recibir los servicios de salud mental que para los servicios de salud física. La aseguradora no puede ofrecer ni respaldar herramientas de administración de casos según sus beneficios médicos sin brindar el mismo servicio según sus beneficios de salud mental. Negarle a un paciente con una enfermedad mental la oportunidad de utilizar estas herramientas sería limitar su acceso al tratamiento médicamente necesario.

## **Denegación de un tratamiento o servicio basada en un tratamiento escalonado o el requisito de “tratamiento alternativo”**

### **Descripción**

Con frecuencia, los planes se niegan a cubrir el tratamiento o servicio que el médico clínico le recomendó a un paciente si hay una alternativa menos costosa. Los planes solo reembolsan el tratamiento recomendado si el paciente probó antes otras opciones y no respondió con éxito al tratamiento. Con frecuencia, estos requisitos de “tratamiento alternativo” se imponen sobre los medicamentos, pero también pueden comprender el tratamiento residencial y demás servicios.

Repase con detenimiento su plan médico para ver si rigen requisitos de tratamiento alternativo para los tratamientos y servicios de salud conductual, en comparación con los tratamientos y servicios de otras enfermedades. Si es así, tal vez pueda apelar una reclamación denegada.

---

[Inserte la fecha]

[Inserte su nombre]

[Inserte el nombre de la compañía/del plan]

[Inserte la dirección]

Ref.: [Inserte el nombre, plan médico, número de identificación del plan médico y número de grupo del plan médico del paciente]

Estimada/o [nombre de contacto del plan médico]:

Me dirijo a usted para apelar la decisión de [nombre del plan médico] de denegar la cobertura de [indique el nombre del servicio de tratamiento específico denegado]. Según la carta de denegación enviada el [inserte la fecha de denegación], entiendo que me negaron este [tratamiento o servicio] por el siguiente motivo:

[Cite el motivo específico detallado en la carta de denegación].

He sido miembro del plan desde [fecha]. El médico [inserte el nombre del médico clínico] sostiene que la mejor atención que puedo recibir en este momento es [detalle el tratamiento o servicio].

Envío adjunta una carta de [nombre del médico clínico] donde explica por qué recomienda [tratamiento o servicio], su preparación y la justificación legal del motivo por el cual tengo derecho a recibir este servicio conforme a la Ley de paridad en la salud mental de California. Me diagnosticaron [diagnóstico de salud mental], que se considera una “enfermedad mental grave” o un “trastorno emocional grave de la niñez” según la Ley de paridad en la salud mental.

Si necesita información adicional, no dude en comunicarse conmigo al [número de teléfono]. Quedo a la espera de su pronta respuesta.

Atentamente.  
[Inserte su nombre]

CC: [Inserte el nombre del paciente]

Adjunto: Análisis legal de Disability Rights California  
[Pautas clínicas si corresponde]

## **Opinión legal sobre la denegación de un tratamiento o servicio basada en un tratamiento escalonado o el requisito de “tratamiento alternativo”**

*Con frecuencia, los planes se niegan a cubrir el tratamiento o servicio que el médico clínico le recomendó a un paciente si hay una alternativa menos costosa. Los planes solo reembolsan el tratamiento recomendado si el paciente probó antes otras opciones y no respondió con éxito al tratamiento. Con frecuencia, estos requisitos de “tratamiento alternativo” se imponen sobre los medicamentos, pero también pueden comprender el tratamiento residencial y demás servicios.*

---

La Ley de paridad en la salud mental de California, según consta en la sección 1374.72 del Código de Seguridad e Higiene de California y en la sección 10144.5 del Código de Seguros de California, requiere que los planes médicos regulados por el estado brinden servicios médicamente necesarios para tratar enfermedades mentales graves y trastornos emocionales graves de la niñez. Para el propósito de la ley de paridad, las “enfermedades mentales graves” comprenden los siguientes nueve trastornos: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Sección 1374.72(d) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(d) del Código de Seguros de California. En la ley de paridad, se brinda una definición más amplia de “trastorno emocional grave de la niñez” a fin de incluir todos los trastornos en la última edición de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual de diagnóstico y estadísticas de trastornos mentales), aparte del trastorno primario de abuso de sustancias o el trastorno del desarrollo. Sección 1374.72(e) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(e) del Código de Seguros de California. El “trastorno emocional grave” resulta en una discapacidad sustancial en dos categorías o más y en el comportamiento indebido conforme a las normas del desarrollo. Sección 1374.72(e) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(e) del Código de Seguros de California.

Al brindar estos servicios, los planes médicos deben asegurarse de que la cobertura esté regida por los mismos términos y condiciones que se aplican al resto de las enfermedades. Sección 1374.72(a) del Código de

Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(a) del Código de Seguros de California. Estos términos y condiciones se definen en el subpárrafo (c) de la ley, donde consta que “se deben aplicar equitativamente a todos los beneficios del contrato del plan; deben incluir, *sin limitarse a ellos*, los siguientes: (1) beneficios vitalicios máximos, (2) copagos, (3) deducibles individuales y familiares”. Sección 1374.72(c) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(c) del Código de Seguros de California. Aunque los términos y condiciones señalados en el estatuto solo tienen carácter financiero, la ley establece explícitamente que los términos y condiciones no se limitan a los descritos. El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) negó las sugerencias de limitación durante el período de notificación y consulta para la regulación en ejecución. El DMHC rechazó, de forma expresa, la idea de limitar la cobertura de los servicios de salud mental con el siguiente argumento: “Los términos del borrador de la regulación determinan que los planes no pueden limitar la cobertura de salud mental a condiciones inferiores a lo que es médicamente necesario y deben establecer la paridad con otro tipo de cobertura médica del plan”. Paridad en salud mental del DMHC, respuestas a comentarios, 1.º período de comentarios, 8/16-9/30/2002, en 1 *Harlick v. Blue Shield of California*, 686 F.3d 699, 715.

Una práctica empleada por los planes médicos para administrar los costos es exigirle al paciente que no mejore o logre los objetivos deseados en un nivel inferior de tratamiento o servicio antes de que el plan apruebe un tratamiento o servicio más intenso. Esto se denomina “tratamiento alternativo”. El plan no puede aplicar las políticas de “tratamiento alternativo” de manera más restrictiva para la salud mental que para la salud física. Como se analizó antes, el plan debe garantizar la paridad de los términos y condiciones entre los beneficios de salud mental y salud física. La sección 1374.72(c) del Código de Seguridad e Higiene de California y la sección 10144.5(c) del Código de Seguros de California establecen específicamente que los términos y condiciones enumerados en la ley no son exclusivos. En el primer conjunto de respuestas a los comentaristas, el DMHC manifestó con mucha claridad que “los planes no pueden limitar la cobertura de salud mental a condiciones inferiores a lo que es médicamente necesario y deben establecer la paridad con otro tipo de cobertura médica del plan”. Está prohibido que una aseguradora imponga condiciones más restrictivas para recibir los servicios de salud mental que para los servicios de salud física. El requisito de “tratamiento

alternativo” es una condición que muchos consumidores deben cumplir antes de recibir un tratamiento o servicio más intensivo. No obstante, si el plan exige el cumplimiento para la atención de salud mental más allá de lo que exige para la atención médica, está imponiendo limitaciones excesivas a la aseguradora de salud mental e infringiendo la ley.

Asimismo, si el requisito de tratamiento alternativo perjudicaría al consumidor, el plan no debe imponerlo. Si un proveedor determina que el tratamiento menos intensivo, o menos costoso, no será terapéutico y, como consecuencia, es probable que el consumidor empeore o tenga una respuesta menos conveniente, se debe proporcionar el tratamiento recomendado por el proveedor. Por ejemplo, si un consumidor responde bien a un medicamento determinado, pero el proveedor estima que no responderá de la misma forma a los demás medicamentos, y brinda una justificación razonable, el plan debe aceptar la opinión del proveedor.

## Requisitos de revisión simultánea para los servicios de salud mental

### Descripción

La revisión simultánea es el proceso de evaluar un servicio o la atención médica durante el tiempo en que se brinda. Suele estar a cargo de enfermeros que supervisan si la atención, el entorno y el progreso del paciente son adecuados. Esta revisión puede beneficiar al plan médico y a la persona cubierta, ya que mantiene los costos lo más bajos posible y conserva la efectividad de la atención. Sin embargo, si un plan emplea la revisión simultánea en exceso con el propósito de restringir o limitar los servicios de salud mental de modo inadecuado, estaría infringiendo la Ley de paridad en la salud mental.

Repase con detenimiento su plan para conocer los tratamientos y servicios que están sujetos a la revisión simultánea. Solicítele al plan los detalles del proceso de revisión simultánea y las herramientas que se emplean para evaluar la atención. Si el plan exige la revisión simultánea con más frecuencia para los servicios de salud mental que para los demás servicios médicos, o si los detalles de la revisión simultánea son más onerosos que los mismos requisitos para los servicios de salud física, puede apelar una reclamación denegada.

---

[Inserte la fecha]

[Inserte su nombre]

[Inserte el nombre de la compañía/del plan]

[Inserte la dirección]

Ref.: [Inserte el nombre, plan médico, número de identificación del plan médico y número de grupo del plan médico del paciente]

Estimada/o [nombre de contacto del plan médico]:

Me dirijo a usted para apelar la decisión de [nombre del plan médico] de denegar la cobertura de [indique el nombre del servicio de tratamiento específico denegado]. Según la carta de denegación enviada el [inserte la fecha de denegación], entiendo que me negaron este [tratamiento o servicio] por el siguiente motivo:

[Cite el motivo específico detallado en la carta de denegación].

He sido miembro del plan desde [fecha]. El médico [inserte el nombre del médico clínico] sostiene que la mejor atención que puedo recibir en este momento es [detalle el tratamiento o servicio].

Envío adjunta una carta de [nombre del médico clínico] donde explica por qué recomienda [tratamiento o servicio], su preparación y la justificación legal del motivo por el cual tengo derecho a recibir este servicio conforme a la Ley de paridad en la salud mental de California. Me diagnosticaron [diagnóstico de salud mental], que se considera una “enfermedad mental grave” o un “trastorno emocional grave de la niñez” según la Ley de paridad en la salud mental.

Si necesita información adicional, no dude en comunicarse conmigo al [número de teléfono]. Quedo a la espera de su pronta respuesta.

Atentamente.

[Inserte su nombre]

CC: [Inserte el nombre del paciente]

Adjunto: Análisis legal de Disability Rights California  
[Pautas clínicas si corresponde]



## Opinión legal sobre los requisitos de revisión simultánea

*La revisión simultánea es el proceso de evaluar un servicio o la atención médica durante el tiempo en que se brinda. Suele estar a cargo de enfermeros que supervisan si la atención, el entorno y el progreso del paciente son adecuados. Esta revisión puede beneficiar al plan médico y a la persona cubierta, ya que mantiene los costos lo más bajos posible y conserva la efectividad de la atención. Sin embargo, si un plan emplea la revisión simultánea en exceso con el propósito de restringir o limitar los servicios de salud mental de modo inadecuado, estaría infringiendo la Ley de paridad en la salud mental.*

---

La Ley de paridad en la salud mental de California, según consta en la sección 1374.72 del Código de Seguridad e Higiene de California y en la sección 10144.5 del Código de Seguros de California, requiere que los planes médicos regulados por el estado brinden servicios médicamente necesarios para tratar enfermedades mentales graves y trastornos emocionales graves de la niñez. Para el propósito de la ley de paridad, las “enfermedades mentales graves” comprenden los siguientes nueve trastornos: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Sección 1374.72(d) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(d) del Código de Seguros de California. En la ley de paridad, se brinda una definición más amplia de “trastorno emocional grave de la niñez” a fin de incluir todos los trastornos en la última edición de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual de diagnóstico y estadísticas de trastornos mentales), aparte del trastorno primario de abuso de sustancias o el trastorno del desarrollo. Sección 1374.72(e) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(e) del Código de Seguros de California. El “trastorno emocional grave” resulta en una discapacidad sustancial en dos categorías o más y en el comportamiento indebido conforme a las normas del desarrollo. Sección 1374.72(e) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(e) del Código de Seguros de California.

Al brindar estos servicios, los planes médicos deben asegurarse de que la cobertura esté regida por los mismos términos y condiciones que se aplican al resto de las enfermedades. Sección 1374.72(a) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(a) del Código de

Seguros de California. Estos términos y condiciones se definen en el subpárrafo (c) de la Ley de paridad en la salud mental, donde consta que “se deben aplicar equitativamente a todos los beneficios del contrato del plan; deben incluir, *sin limitarse a ellos*, los siguientes: (1) beneficios vitalicios máximos, (2) copagos, (3) deducibles individuales y familiares”. Sección 1374.72(c) del Código de Seguridad e Higiene de California y sección 10144.5(c) del Código de Seguros de California. Aunque los términos y condiciones señalados en el estatuto solo tienen carácter financiero, la ley establece explícitamente que los términos y condiciones no se limitan a los descritos. El Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) negó las sugerencias de limitación durante el período de notificación y consulta para la regulación en ejecución. El DMHC rechazó, de forma expresa, las sugerencias de Blue Shield of California de limitar la cobertura de los servicios de salud mental con el siguiente argumento: “Los términos del borrador de la regulación determinan que los planes no pueden limitar la cobertura de salud mental a condiciones inferiores a lo que es médicamente necesario y deben establecer la paridad con otro tipo de cobertura médica del plan”. Paridad en salud mental del DMHC, respuestas a comentarios, 1.º período de comentarios, 8/16-9/30/2002, en 1 *Harlick v. Blue Shield of California*, 686 F.3d 699, 715.

Una práctica empleada por los planes médicos para administrar los costos es realizar una revisión simultánea mientras el paciente recibe el tratamiento o servicio. La revisión simultánea conlleva una revisión periódica, usualmente a cargo de un enfermero, para evaluar el entorno y el progreso del paciente. Como se analizó antes, el plan médico debe garantizar la paridad de los términos y condiciones entre los beneficios de salud mental y salud física. La sección 1374.72(c) del Código de Seguridad e Higiene de California y la sección 10144.5(c) del Código de Seguros de California establecen específicamente que los términos y condiciones enumerados en la ley no son exclusivos. Está prohibido que un plan imponga condiciones más restrictivas para recibir los servicios de salud mental que para los servicios de salud física. La revisión simultánea se suele usar para una variedad de servicios médicos, tanto mentales como físicos. No obstante, si el plan exige el cumplimiento para la atención de salud mental más allá de lo que exige para la atención médica, está imponiendo limitaciones excesivas a la aseguradora de salud mental e infringiendo la ley.