



Mediación para una Reclamación de Seguros de Salud

Facturación de saldo - o una factura médica sorpresa - sucede cuando usted recibe una factura de un médico u otro proveedor de servicios médicos que no es parte de la red de su plan de salud. La ley de Texas permite que los consumidores busquen una mediación para ayudar a reducir algunas de estas facturas. Usted puede solicitar una mediación si:

- Usted cuenta con una cobertura de salud mediante una organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization –PPO, por su nombre y siglas en inglés) o mediante el Sistema de Jubilación para los Empleados de Texas (Employees Retirement System of Texas –ERS, por su nombre y siglas en inglés).
- Usted asistió a un hospital de la red, y la factura es de un radiólogo basado en el hospital, anesthesiólogo, patólogo, médico de urgencias, o neonatólogo fuera de la red. A partir del 1° de septiembre de 2015, usted también puede solicitar una mediación para las facturas de un cirujano asistente fuera de la red.
- La cantidad que usted le debe al médico es de más de \$500 (sin incluir copagos, deducibles, y coaseguro). Si la factura es para cuidado que fue proporcionado antes del 1° de septiembre de 2015, usted tiene que deber \$1,000 o más.

Nota: Usted tiene derecho a pedir a un médico basado en el hospital fuera de la red un presupuesto de los cargos antes de que usted reciba cuidados que no son de emergencia. Si usted recibió un presupuesto y lo firmó, no es requerido que el médico entre en una mediación si la cantidad facturada es menos que o igual a la cantidad máxima proyectada en el presupuesto.

Usted no puede solicitar una mediación por los servicios proporcionados por un servicio de ambulancia, una enfermera anestesista registrada, u otros tipos de proveedores. Tampoco puede solicitar una mediación por las reclamaciones cubiertas por Medicare, los planes autofinanciados, u otros tipos de planes de salud. Si no puede solicitar una mediación, puede presentar una queja ante TDI. Después de recibir su queja, TDI se comunicará con la aseguradora referente a su reclamación.

Para solicitar una mediación, llene y firme el formulario y la autorización para divulgar la información de salud. Complete un formulario de solicitud para cada médico. También envíe copias de las facturas y de las explicaciones de los beneficios de la aseguradora o administrador que muestran las cantidades pagadas.

Envíe el formulario completo y la autorización por correo postal, fax, o correo electrónico a:

- Consumer Protection, Mail Code 111-1A
Texas Department of Insurance
P.O. Box 149091
Austin, TX 78714-9091
- Fax: 512-490-1007
- Correo electrónico: ConsumerProtection@tdi.texas.gov



TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE

Compliance Division - Consumer Protection (111-1A)
333 Guadalupe, Austin, Texas 78701 * PO Box 149091, Austin, Texas 78714-9091
(800) 252-3439 | F: (512) 490-1007 | TDI.texas.gov | @TexasTDI

Mediación para una Reclamación de Seguros de Salud

Información de la Persona Inscrita

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	No. de teléfono durante el día	Correo de correo electrónico (opcional)
Dirección	Ciudad, estado, código postal	

Información del Abogado o Representante (si cuenta con uno)

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	No. de teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal

Información de la Aseguradora o Administrador del Plan de Salud

Nombre de la aseguradora o administrador	No. de teléfono	
Dirección	Ciudad, estado, código postal	
Nombre del asegurado, si es que es diferente al de la persona inscrita	Nombre del paciente, si es que es diferente al de la persona inscrita	Número de póliza en grupo
Número de la persona inscrita o suscriptor	Número de reclamación asignado por la aseguradora o administrador	

Información del Médico Fuera de la Red

Nombre	No. de teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal
Fechas de servicio al momento de emisión	

Información del Hospital

Nombre del hospital donde los servicios fueron suministrados	No. de teléfono
Dirección	Ciudad, estado, código postal

Breve descripción de la reclamación que desea que sea mediada (requerido)

Yo certifico que la información en la parte de arriba es verdadera y correcta.

Firma de la Persona Inscrita/Reclamante/Representante

Fecha

(Por favor siga escribiendo su nombre en la línea de la firma si está llenando esta forma electrónicamente.)

Autorización para Divulgar Información de Salud Protegida u Otra Información Confidencial

Yo autorizo al Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance, por su nombre en inglés) para que divulgue mi información de salud protegida o información confidencial al médico basado en el establecimiento (facility-based physician, por su nombre en inglés) que hace la reclamación en mi contra, y el representante de ese médico, la aseguradora o administrador de mi plan de beneficios de salud, (name of insurer or administrator _____), el mediador que ha sido designado por la Oficina Estatal para Audiencias Administrativas (State Office of Administrative Hearings, por su nombre en inglés), y la Oficina Estatal para Audiencias Administrativas, para el propósito de mediar mi reclamación bajo los requisitos del Código de Seguros, Capítulo 1467. La información que yo autorice para que sea divulgada por TDI puede incluir expedientes de salud mental, con exclusión de las notas de psicoterapia, información genética, incluyendo los resultados de pruebas genéticas, pruebas de drogas, alcohol, o de abuso de sustancias, y resultados de pruebas/tratamiento de VIH/SIDA. TDI puede divulgar toda la información que yo he proporcionado con el Formulario de Solicitud para la Mediación de Seguros de Salud.

Periodo de tiempo de vigencia: Esta autorización es válida hasta lo que ocurra antes de la muerte de la persona; la persona alcanza la mayoría de edad; el permiso es revocado; o la mediación ha sido finalizada.

Derecho a revocar: Yo entiendo que puedo cancelar mi autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito que indique mi intención de revocar esta autorización al Departamento de Seguros de Texas. Yo entiendo que las acciones anteriores que fueron tomadas en base a esta autorización por parte de las entidades que tenían autorización para acceder a mi información de salud u otra información confidencial no serán afectadas.

Firma de autorización: Yo he leído este formulario y estoy de acuerdo con los usos y divulgaciones de la información tal como se han descrito. Yo entiendo que negarse a firmar este formulario no detiene la divulgación de la información de salud u otra información confidencial que se ha producido antes de la revocación o que de cualquier otra forma es permitida por la ley, sin mi autorización o permiso específico. Yo entiendo que la información divulgada según esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario.

Firma de la persona o representante legalmente autorizado de la persona

Fecha

Nombre impreso del representante legalmente autorizado (si es que aplica)

Si se trata de un representante, especifique la relación con la persona (padre del menor, tutor, u otro)

Una persona que es menor de edad debe firmar para poder autorizar que se divulguen ciertos tipos de información, incluyendo por ejemplo, la divulgación de la información relacionada con ciertos tipos de cuidados para la salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, el abuso de drogas, alcohol o sustancias, y el tratamiento de salud mental (Ver, por ejemplo, el Código Familiar de Texas [Texas Family Code, por su nombre en inglés] § 32.003).

Firma de la persona menor de edad

Fecha

Información Pública

Cuando presente información ante el Departamento de Seguros de Texas (TDI), tenga en cuenta que TDI está sujeto a la Ley de Información Pública de Texas. Por ley, mucha de la información que usted presenta ante TDI podría ser considerada como información pública, pero ciertas porciones pueden ser confidenciales. Por ejemplo, su información personal podría estar protegida por la doctrina de derecho común a la privacidad, por la Ley de Práctica Médica, o por la Ley de Información Pública de Texas. Divulgar información con el propósito de esta solicitud no anula estas protecciones de confidencialidad.

Además, bajo el Capítulo 552 del Código Gubernamental de Texas, usted por lo general tiene derecho a revisar o recibir copias de la información sobre usted, incluyendo información que es privada. Usted también tiene derecho a solicitar que TDI corrija la información que TDI tenga sobre usted que esté incorrecta. Para obtener más información sobre el procedimiento para obtener la información de TDI o sobre el procedimiento para corregir la información que TDI mantiene, por favor envíe un correo electrónico a AgencyCounsel@tdi.texas.gov o revise los procedimientos para correcciones de TDI en este enlace www.tdi.texas.gov/commish/legal/lccorprc.html.