my compass support

Entienda su seguro

Una guía sencilla para ayudarle
a transitar el proceso de aprobación



Entender cómo funciona el seguro puede parecer complicado y estresante. Su enlace de acceso para pacientes (PAL) está aquí para guiarle en cada paso, para que pueda concentrarse en lo que más importa: su salud. Esta guía explica lo que puede esperar en un lenguaje sencillo.



CONSEJO: Su PAL es la persona de apoyo exclusiva para usted. Le proporciona información detallada sobre los beneficios de su seguro, le mantiene al tanto de la solicitud de autorización de su médico y puede responder preguntas no médicas en cualquier momento.

Los 5 pasos para entender su seguro

Este es el proceso habitual que seguirá la revisión de su seguro. No todos los pacientes pasan por todas las etapas; muchos reciben la aprobación al principio del proceso.

1	**Verificación de beneficios**	Su PAL se comunica con su plan de seguro para averiguar si su tratamiento es un beneficio cubierto, si tiene un deducible, copago o coseguro, y cuáles son los pasos para obtener la autorización.
2	**Autorización previa (Prior Authorization, PA)**	Muchos planes de seguro requieren que su médico solicite una autorización antes de cubrir el costo de su tratamiento. El médico presentará esta solicitud en su nombre, enviando su historia clínica y explicando por qué necesita este tratamiento. Su PAL brinda apoyo al consultorio del médico durante este proceso.
3	**Excepción médica (si es necesario)**	A veces, las terapias recién aprobadas requieren un tipo diferente de autorización llamado excepción médica. Es probable que su médico tenga que escribir una carta a su plan de seguro para explicar por qué necesita este tratamiento y adjuntar su historia clínica.
4	**Revisión de la autorización**	Su plan de seguro revisa la información que envía su médico y les envía una decisión por escrito a ambos. Si se aprueba, su PAL coordinará el envío de su tratamiento con la farmacia especializada.
5	**Apelación (si se deniega)**	A veces, los planes de seguro solicitan más información antes de decidir si cubrirán el tratamiento. En estos casos, su médico puede recibir una denegación mientras el plan evalúa los detalles adicionales o la historia clínica. A esto se le llama apelación, y su PAL le acompañará y orientará en cada paso del proceso.



CONSEJO: Conserve cualquier carta o decisión por escrito de su plan de seguro, incluidas las **cartas de denegación**, y compártalas de inmediato con su PAL. Las cartas de denegación son especialmente urgentes, ya que incluyen los plazos para apelar y los motivos de la denegación, que son fundamentales para coordinar su cobertura.

Cuando se aprueba la autorización

Una vez que se aprueba, esto es lo que sucede después:



- Su plan de seguro les notifica a usted y al consultorio de su médico.
- Su PAL identifica programas de asistencia que pueden ayudarle a cubrir su parte de los costos del tratamiento.
- Una farmacia especializada procesa su receta (esto puede tardar unos días).
- La farmacia se comunica con usted para coordinar la entrega, directamente en su hogar o en el lugar que elija.

Cómo mantener la continuidad de su tratamiento

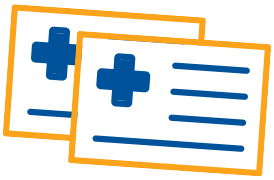
Por lo general, los planes de seguro aprueban su autorización por un período determinado. Para mantener la continuidad del tratamiento, es posible que necesite una nueva autorización. Su médico deberá demostrar que la terapia le está ayudando.



- Lleve un diario de su salud y de cómo se siente; esto puede ayudarle con su renovación.
- Tome fotos para mostrar lo que ha mejorado con el paso del tiempo.
- Su PAL les recordará a usted y a su médico cuando sea momento de gestionar la nueva autorización y ayudará a coordinar el proceso.

Si tiene más de un plan de seguro

Algunos pacientes tienen dos planes de seguro: por ejemplo, uno a través de su propio empleador y otro a través del empleador de su cónyuge. Esto es lo que significa para usted:



- Sus planes se clasifican como plan primario (que se factura primero) y plan secundario (que se factura después).
- En la mayoría de los casos, ambos planes revisan su solicitud de autorización al mismo tiempo, por lo que el proceso no necesariamente tarda el doble.
- Si su plan primario emite una denegación, es posible que su plan secundario aún la apruebe. La denegación de uno de los planes no es la respuesta definitiva.
- Su PAL coordina con ambos planes en su nombre y le mantendrá al tanto sobre el estado de cada uno.



CONSEJO: Mantenga a su PAL al tanto de cualquier cambio en su plan de seguro para evitar demoras.

Términos clave explicados de forma sencilla

Término	Lo que significa
Verificación de beneficios	Una revisión de su plan de seguro para entender qué gastos cubre el plan y cuánto tendrá que pagar usted.
Autorización previa	La solicitud de su médico para que su seguro autorice el tratamiento.
Excepción médica	Una solicitud especial para pedirle a su plan de seguro que apruebe y pague el medicamento.
Deducible	La parte del costo que usted paga antes de que su seguro comience a cubrir su atención médica.
Copago	El monto fijo que paga cada vez que surte una receta o consulta a un médico.
Coseguro	El porcentaje del costo que paga cada vez que surte una receta o consulta a un médico.
Apelación	Una solicitud para que su plan de seguro reconsidere una denegación.
Nueva autorización	Una renovación de su autorización, que se requiere periódicamente para continuar el tratamiento
PAL	La persona de apoyo exclusiva que le ayudará a transitar el proceso del seguro.

¿Tiene preguntas?

Comuníquese directamente con su PAL.
Para preguntas generales, comuníquese con **My Compass Support** llamando al **1-888-736-9788** o escriba a **mcs@priovant.com.**

La información de esta guía tiene fines educativos generales únicamente y no constituye asesoramiento legal ni médico.

my compass support