



Office of the New York State
Attorney General Letitia James

Servizio di supporto per l'assistenza sanitaria

**Suggerimenti per una risoluzione più
rapida dei tuoi reclami:**

Metti insieme i documenti

Le informazioni su come presentare un ricorso e sui limiti di tempo sono disponibili nella Spiegazione dei Benefici (EOB), nell'avviso del diniego e nei documenti del piano sanitario.

Chiedi aiuto al tuo centro medico

Potrebbero essere in grado di inviare di nuovo la tua richiesta, presentare un ricorso contro il diniego della copertura, fornire le cartelle cliniche o scrivere una lettera a sostegno del ricorso.

Conserva tutta la documentazione

Conserva una copia di tutto ciò che mandi al tuo assicuratore o che ricevi da esso. Conserva gli appunti scritti delle conversazioni, inclusa la data, la persona con cui hai parlato e ciò che ti è stato detto.

Come funziona il servizio di assistenza?

Quando incontri un problema sanitario con il tuo piano di assistenza sanitaria

Copertura negata per terapie, test, dispositivi medici o prescrizioni

Addebito improprio per assistenza sanitaria "fuori della rete".

La tua assicurazione ti ha negato la copertura dell'assistenza sanitaria per la mancanza dell'"autorizzazione preventiva"

Fatturazione errata di un saldo da parte di medico nella rete.

Il tuo piano per la risoluzione dei reclami

**Chiama la linea di assistenza:
al numero verde (800) 428-9071**

Oppure

**Presenta un reclamo online a:
ag.ny.gov/insurance-complaint**

Lo specialista dei servizi di supporto

Riceve i reclami

Assegna un avvocato

Sostiene i tentativi di risoluzione

Parla con te, esamina i tuoi documenti e contatta il tuo piano sanitario o il tuo operatore sanitario, se necessario

**Suggerisce
l'agenzia corretta**

Il mio piano di assicurazione sanitaria mi ha negato una richiesta, cosa posso fare?

Hai il diritto di sapere perché la richiesta è stata respinta e di impugnare tale decisione. Chiedi al tuo fornitore di assicurazione sanitaria di riesaminare la sua decisione attraverso il processo di ricorso interno, che spesso include due livelli di ricorso.

Perché mi è stata negata la copertura dal mio piano di assicurazione sanitaria?

Esamina la tua Spiegazione dei benefici (EOB) o la tua notifica di diniego. L'EOB è una dichiarazione inviata dalla tua compagnia di assicurazione sanitaria che ti spiega quali costi coprirà e tutti i costi che potresti dover pagare di tasca tua. Viene inviata dopo che il medico ha presentato una richiesta. Puoi anche chiamare il servizio al cliente del tuo piano sanitario per una spiegazione.

Quando devo fare ricorso?

I piani hanno limiti di tempo e regole diverse per fare ricorso. **AGISCI VELOCEMENTE.**

Il mio assicuratore mi ha inviato una lettera di diniego, cos'altro posso fare?

Se il tuo ricorso interno fallisse, potresti avere altre opzioni a seconda del tipo di piano sanitario e del tipo di diniego. Potresti avere il diritto di presentare un ricorso esterno al Dipartimento dei Servizi Finanziari dello Stato di New York per una revisione indipendente da parte di un professionista in campo medico.

IN GENERALE PUOI SFIDARE QUANTO SEGUE:

PROBLEMA:

COSA FARE:

Assenza di autorizzazione preventiva: il tuo piano di assicurazione sanitaria richiede che il tuo medico ottenga l'approvazione per determinati medicinali, test, dispositivi medici o procedure prima che ne paghi il costo.

Chiedi al tuo medico di richiedere l'autorizzazione preventiva, dimostrando che le cure o i farmaci che stai richiedendo sono necessari dal punto di vista medico o che tu soddisfi i requisiti per l'approvazione.

Non è un beneficio coperto: un farmaco, un test, una procedura o un'assistenza specifica non sono coperti dal tuo piano.

Controlla due volte i benefici nel manuale per i membri e insisti per ottenere la copertura laddove le esclusioni sono formulate in modo vago o i documenti del piano potrebbero essere interpretati per la fornitura della copertura per il servizio che ti è stato negato.

Non necessario dal punto di vista medico o investigativo/sperimentale:

i piani assicurativi non pagheranno per l'assistenza che stai cercando perché non la ritengono "necessaria dal punto di vista medico" oppure non soddisfa gli standard accettati di buona pratica medica per il trattamento della tua condizione o malattia.

Collabora con il tuo medico per ottenere documenti e altre prove per spiegare al piano che il tuo trattamento è necessario dal punto di vista medico.

"Fuori dalla rete": ti viene negata la copertura del trattamento da parte di uno specialista o di un altro operatore sanitario che è di fuori della rete di medici del tuo piano.

Controlla la tua lista degli operatori sanitari; se il medico è stato incluso per errore, contatta il suo assicuratore.
Se sei stato curato al pronto soccorso da un medico fuori rete o se il tuo medico di base ti ha indirizzato da un medico che non sapevi fosse fuori rete, la legge di New York ti protegge. Contatta il tuo assicuratore.