



Fecha: _____

Estimado/a cliente:

El Centro de derechos de Medicare es una organización nacional sin fines de lucro. Ayudamos a las personas mayores y a las personas discapacitadas a través de iniciativas educativas, defensoría y consejería gratis. No somos una **agencia gubernamental, y no estamos conectados con planes o compañías de seguro médico.**

Recientemente llamó a nuestra línea de servicio para pedir ayuda porque su plan Medicare Advantage le denegó un servicio que desea recibir. Usted tiene el derecho de apelar esta denegación, lo cual constituye una petición formal para que su plan evalúe la decisión inicial. En la mayoría de los casos, podrá apelar en cualquier momento si no está de acuerdo con la decisión de su plan de denegar, reducir, o suspender cuidado que es médicamente necesario.

Este paquete contiene información adicional, la cual discutimos con usted durante su llamada, acerca del proceso de apelación para planes Medicare Advantage incluyendo:

Resumen del proceso de apelación
Gráfico del proceso de apelación

Si tiene preguntas, llámenos de nuevo al 800-333-4114.

Atentamente,

Consejería de la línea de servicios

Si está recibiendo cuidado de un hospital, centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), o una agencia de salud médica, y le informan que su Medicare no pagará por su cuidado (lo cual también implica que le darían de alta), tendrá el derecho de presentar una apelación rápida (expedita) si considera que su cuidado debe continuar. Hay procesos separados para apelaciones durante su internación en un hospital o en centros médicos que no son hospitales. Podrá extender su cuidado si considera que el cuidado es médicamente necesario.

Apelación para pacientes internados en un hospital

Si le internan en un hospital, debe recibir la notificación titulada “Mensaje importante de Medicare” dentro de un plazo de dos días desde su fecha de internación. Esta notificación le explicará sus derechos como paciente, y le pedirán que lo firme. Si su estadía en el hospital dura tres días o más, debe recibir otra copia de la misma notificación antes de salir del hospital. La notificación le debe llegar hasta dos días antes y no más de cuatro horas antes de que le den de alta del hospital.

Si el hospital le informa que se tiene que ir y usted no está de acuerdo, siga las instrucciones en la notificación “Mensaje importante de Medicare” para presentar una apelación expedita a la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés). Tendrá que apelar a más tardar a la media noche del día que le darán de alta. El QIO debe llamar y comunicarle la decisión de su apelación en un plazo de 24 horas a partir de que reciban toda la información necesaria.

1. Si apelaré al QIO, el hospital tendrá que enviarle el Aviso de alta detallado. Esta notificación explicará por escrito por qué el cuidado en el hospital terminará y le brindará una lista de las reglas de cobertura de Medicare relacionadas con su caso.
2. El QIO pedirá copias de su expediente médico del hospital. Es recomendable pedirle al hospital una copia para su propio archivo (le pueden cobrar por la copia). Usualmente, el QIO se comunicará con usted para pedir su opinión sobre su alta hospitalaria, pero aún podrá enviar una declaración por escrito.
3. Si su apelación al QIO no es exitosa, no será responsable por el costo del periodo de 24 horas en que esperó la decisión del QIO. Si permanece en el hospital después de este periodo, podrá ser responsable por el costo de su cuidado si no gana en los niveles más altos de apelación.

Apelaciones de SNF, HHA, CORF, y centro de hospicio

Si su cuidado en un SNF, CORF, centro de hospicio, o cuidado de asistencia médica a domicilio está terminando porque su proveedor cree que Medicare no pagará por extender el cuidado, deberá recibir la notificación titulada “Aviso de no cobertura de Medicare.” Deberá recibir esta notificación a más tardar dos días antes de que su cuidado termine. Si recibe asistencia médica a domicilio, deberá recibir la notificación en su penúltima visita antes de que el cuidado termine.

Si cree que su cuidado debe continuar, siga las instrucciones en el “Aviso de no cobertura de Medicare” para presentar una apelación expedita con la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) a más tardar al medio día del día antes de que su cuidado termine. El QIO debe tomar una decisión a más tardar el día que su cuidado termine. Su proveedor no podrá cobrarle antes de que el QIO tome una decisión.

1. Una vez que presente su apelación, su proveedor deberá darle la notificación titulada “Explicación detallada de no cobertura”. Esta notificación explicará por escrito la razón por cual su cuidado está terminando y listará las reglas de cobertura de Medicare que aplican a su situación.
2. Usualmente, el QIO se comunicará para obtener su opinión. También podrá enviar una declaración por escrito. Si recibe asistencia médica a domicilio o cuidado CORF, deberá recibir una declaración por escrito de su médico confirmando que su cuidado debe continuar.

Más oportunidades para apelar

Los niveles de apelación más altos para cuidado médico que está terminando son los mismos para hospitales y para centros médicos.

Si su apelación al QIO es exitosa, su cuidado continuará siendo cubierto. Si su apelación es denegada, tendrá una segunda oportunidad para presentar una apelación al QIO. Un grupo de personal distinto evaluará su segunda apelación y reconsiderará si su cuidado debe continuar. Para presentar la segunda apelación tendrá 60 días a partir de recibir la denegación inicial del QIO. El QIO deberá tomar una decisión en un plazo de 14 días a partir de que reciban su apelación. Si continúa en el hospital, no le podrán cobrar hasta que el QIO tome una decisión. Sin embargo, si pierde su apelación, será responsable por todos los costos, incluyendo los costos en los que incurrió mientras esperaba a que el QIO deliberara su caso.

Si la segunda apelación al QIO es exitosa, su cuidado en el hospital seguirá siendo cubierto. Si la apelación es denegada y su cuidado tiene un valor monetario de cierta cantidad, podrá seguir apelando al nivel de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés) dentro

de los 60 días a partir de la fecha indicada en la carta de denegación del QIO. Si decide apelar al nivel del OMHA, considere comunicarse con un abogado o con una organización que brinde servicios legales para ayudarlo con los siguientes pasos en su apelación. Sin embargo, esto no es un requisito. No hay plazo para que el OMHA tome una decisión.

Si su apelación al nivel del OMHA es exitosa, su cuidado será cubierto. Si su apelación es denegada, podrá seguir su apelación hasta el Consejo de Apelaciones de Medicare dentro de 60 días a partir de la fecha indicada en la notificación de denegación del nivel del OMHA. No hay plazo para que el Consejo de Apelaciones de Medicare tome una decisión.

Si su apelación al Consejo de Apelaciones de Medicare es exitosa, su cuidado será cubierto. Si su apelación es denegada, podrá continuar su apelación en una corte federal dentro de los 60 días a partir de la fecha indicada en la carta de denegación del Consejo de Apelaciones de Medicare. No hay plazo para que la corte federal tome una decisión sobre su caso.

Apelaciones de Medicare Advantage: terminación de cuidado médico

Presente su apelación a la
Presente su apelación a más el Mejoramiento de
or sus siglas en
Tiene 60 días para presentar su
apelación si permanece en el e 24
hospital*

Presente su apelación a la
Presente su apelación a más el Mejoramiento de
is siglas en inglés)
tardar a las 12 pm del a más tarar el día
Tiene 60 días para) terminará-
presentar su apelación

Decisión inicial

Primer nivel de apelación

Segundo nivel de apelación

Presente su apelación a la Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) por segunda vez
- Recibirá la decisión en un plazo de 14 días-

Tiene 60 días para presentar su apelación

Tercer nivel de apelación

Presente su apelación a la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés)
-No hay plazo para que tomen una decisión-

Tiene 60 días para presentar su apelación

Cuarto nivel de apelación

Presente su apelación al Consejo de Apelaciones de Medicare
-No hay plazo para que tomen una decisión-

Tiene 60 días para presentar su apelación

Nivel final de apelación

Presente su apelación a una corte federal
-No hay plazo para que tomen una decisión-

*Si ya le dieron de alta, proceda al nivel del OMHA, si es elegible.