



Denegaciones de Pago por Servicios Médicos

Si su plan de salud privado de Medicare no paga por servicios médicos, usted puede apelar.

Si su plan de salud privado de Medicare (también conocido como plan **Medicare Advantage**) no paga por cuidado de salud que recibió, no tiene que aceptar un "no" como respuesta. Hay un modo para pedirle al plan que pague esos servicios médicos. Esto se conoce como una apelación.

Muchas personas ganan las apelaciones. Es muy importante contar con el apoyo del médico. Necesita que el médico le diga al plan por qué es necesario recibir ese servicio o visitar a ese especialista. Aunque no gane en el primer nivel de apelación, usted puede continuar con la apelación y ganar en el próximo nivel.

En el proceso de apelación hay varios pasos y plazos que cumplir. A continuación podrá ver los pasos a seguir para apelar por cobertura de **un servicio que ya recibió**.

1. Consiga la denegación de su plan por escrito

Después de recibir servicios de salud, el médico o el hospital le reclama a su plan que pague por esos servicios. Luego el plan decide si pagar o no.

Si el plan se rehúsa a pagar, debe notificárselo por escrito. Por ley, los planes deben enviar un aviso de denegación dentro de los 30 días a partir del día en que el médico o el hospital reclamó el pago. El aviso suele decir **Explanation of Benefits** (Explicación de Beneficios) en la parte superior. Necesita la denegación por escrito para poder apelar. El aviso le explicará el proceso de apelación. Le dirá qué información enviarle al plan y a donde enviarlo.

2. Solicite una reconsideración

Tiene **60 días** para apelar a partir del día en que recibió el aviso de denegación. Para hacerlo, envíe una carta de apelación al plan. La carta debe explicar por qué necesita ese servicio. Esto se conoce como **solicitar una reconsideración** porque le está pidiendo al plan que reconsidere su decisión.

Es recomendable incluir una carta de apoyo de su médico. La carta debe explicar por qué necesitaba el servicio o por qué era necesario desde un punto de vista médico.

La apelación debe responder a la razón por la que el plan le denegó el servicio.

Cuando envíe las cartas, obtenga una confirmación de envío. O envíelas por fax y conserve el recibo.

3. Obtenga la respuesta del plan

El plan tiene **60 días** desde el día en que recibió la apelación para tomar una decisión. Si no vuelve a contactarse con usted en 60 días, llámele. También, puede llamar al plan antes para asegurarse de que recibió la apelación.

El plan puede seguir rechazando la cobertura o puede decidir pagar. Por lo general, en este nivel los planes deciden cubrir los servicios. Si es así, concluye la apelación. El plan le pagará al médico o al hospital.

Tenga en cuenta que si el plan le niega la cobertura de un servicio urgente que aún no recibió, su médico puede solicitar una apelación acelerada.

4. Busque una revisión independiente

Si el plan aún le niega la cobertura, este debe enviar la apelación a un grupo independiente para que la revise. Este grupo se conoce como el **Independent Review Entity (IRE)**, la Entidad Independiente de Revisión). El IRE es el siguiente paso en el proceso de apelación.

Medicare contrata al IRE para revisar las decisiones del plan. El IRE está compuesto de médicos y otros profesionales. Ellos se aseguran de que usted reciba cobertura de calidad.

El IRE debe tomar una decisión dentro de los 60 días luego de recibir la apelación. Puede averiguar el estado de la apelación con el IRE o enviarle más información. El nombre del IRE es MAXIMUS Federal Services. El número de teléfono es 585-425-5210.

5. Más niveles de apelación

Si el IRE niega la apelación, puede continuar con ella. Durante el año 2023, si el IRE rechaza su apelación y el servicio que necesita cuesta al menos \$180, puede apelar ante un **Administrative Law Judge (ALJ)**, Juez de Derecho Administrativo).

Tiene 60 días para hacerlo a partir de la fecha escrita en la carta de rechazo del IRE. La carta del IRE le dirá cómo apelar ante el juez.

Si el juez decide en su contra, puede apelar ante el **Medicare Appeals Council (MAC)**, Consejo de Apelaciones de Medicare). El siguiente nivel es el **Federal Court** (Corte Federal). Si apela ante un Administrative Law Judge o en un nivel superior, es recomendable que hable con un partidario o un abogado.

Consejos Para Apelar

- No dude en apelar si no está de acuerdo con la decisión del plan. El proceso es simple y es su derecho.
- Muchos planes le permiten iniciar una apelación por escrito o por teléfono. Recomendamos escribir una carta de apelación. La dirección a la que debe enviar la apelación estará detallada en el aviso de denegación. Lea en la parte inferior, donde dice **Información Importante Sobre Sus Derechos de Apelación**.
- Si el plan le permite enviar la apelación por fax, considere hacerlo por correo y por fax.
- Sea breve y conciso en su carta. Escriba claramente cuál es el servicio denegado por el que apela.
- Una carta de apoyo de un médico es clave para la apelación. Adjunta a este documento hay una carta modelo para ayudar a su médico.
- Si enviará documentos como evidencia con su apelación, nunca envíe los originales. Envíe copias.
- No se rinda en el primer nivel de apelación. Asegúrese de avanzar al siguiente nivel cuando le niege la apelación.
- Si no cumplió el plazo para apelar en algún nivel, puede pedir una extensión si tiene una buena razón, conocido como **razón justificada**. Estos son algunos ejemplos de razones justificadas:
 - No recibió el aviso de denegación o llegó tarde.
 - Estaba muy enfermo/a y no pudo apelar.
 - Sus documentos se perdieron en algún accidente.
 - No pudo conseguir los documentos que necesitaba.
 - No entendía el plazo.

Puede que tenga otra razón justificada por la que no apeló a tiempo. Si es así, solicite la extensión. La lista antes mencionada no incluye todas las razones justificadas.

- Conserve todos los avisos por parte de su plan. Escriba los nombres de los representantes con los que habló, y la fecha y hora cuándo lo hizo.
- Llame al plan para asegurarse de que recibió la apelación.

También puede presentar una queja formal si le parece que el plan no lo/la trató bien. Esto se conoce como **carta de queja**. No es lo mismo que la apelación. Las quejas formales no suelen lograr que un plan cubra un servicio, pero el plan tiene que responder a ellas. Envíe su queja formal al plan y a la oficina local del **Centers for Medicare & Medicaid Services** (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid).



Modelo de Carta de Apelación

(Completa en Inglés)

Puede utilizar esta carta para apelar. Incluya la información que hace falta y mándesela a su plan. Es recomendable que adjunte una carta de su médico.

[Fecha]
[Su nombre]
[Su dirección]

Appeals & Grievance Department
[Nombre del plan de Medicare]
[Dirección del plan]

Re: [Su nombre]
Plan de Medicare:
Número de Medicare:
Proveedor: [Nombre del proveedor o médico]
Número de reclamación: [Es el número de reclamación por el servicio denegado. Puede encontrarlo en la explicación de beneficios de su plan.]
Fecha del servicio: [Fecha del servicio]
Cantidad en total: [Suma, en dólares, que le denegaron]

Estimado/a Sr/Sra:

Escribo para apelar la denegación de [servicio que se le denegó] por [nombre del plan de Medicare]. La denegación de cobertura no es razonable porque [Explique la razón por cual su médico afirma que el servicio es necesario para usted. Incluya información personal sobre el caso como su enfermedad y su historial médico, detalles sobre los cuidados que recibió, los médicos que lo/la atendieron, y el servicio que su médico dice que usted necesita. Intente conseguir una carta de su médico o su proveedor de salud que explique por qué el servicio es necesario desde un punto de vista médico.]

Como resultado, [nombre del plan de Medicare] debe cubrir [servicio que se le denegó]. Por favor revise la decisión de denegar este servicio. Si tiene preguntas o necesita más información, llámeme a [su número de teléfono]. Gracias por su atención.

Sinceramente,
[Nombre]

Adjuntos: [Especifique los documentos que incluyó, si corresponde.]



Modelo de Carta de Apelación del Médico

(Muéstrela esta carta a su médico.
Él/ella puede usarla para apelar.)

**Print on your letterhead, attach copies of any
relevant medical records and return to client.**

[Date]

Appeals & Grievance Department

[Plan name]

[Plan address]

Re: **[Patient name and date of birth]**

Date/s of service:

Total cost of services:

Dear Sir/Madam,

I write on behalf of my patient, **[patient name]**.

[Name of patient] has been under my care for **[amount of time]**. **[S/he]** is diagnosed with **[diagnosis/es]**. In order to appropriately treat **[name of patient]**'s medical condition, I have **[ordered/performed]** **[treatment/item/service (CPT #)]**.

[Name of service] is medically necessary for **[name of patient]** because **[reasons]**. If **[s/he]** cannot receive this treatment, **[consequences of not receiving treatment]**.

Accordingly, please reconsider your denial of coverage for this medically necessary **[treatment/service/item]**.

Please contact me should you require any additional information. I can be reached at **[phone number]**.

Sincerely,

[Your Name]

[Your title]

Attachments: **[List, if any]**