



Denegaciones de su plan Medicare Advantage antes de recibir el servicio

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. 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 cuidados que sean médicamente necesarios.

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

- Un resumen del proceso de apelación
- Lista de recomendaciones
- Ejemplo de una carta de apelación
- Ejemplo de una carta de su médico

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

Atentamente,

Consejería de la línea de servicios

Cómo apelar una denegación

Si tiene un plan Medicare Advantage y su servicio o artículo médico fue denegado, podrá apelar la decisión de su plan y pedir que reconsideren. Una apelación es una petición formal que puede enviar si no está de acuerdo con la decisión sobre cobertura o pago.

Podrá pedir una apelación rápida (expedita) si usted o su médico consideran que su salud pudiera ser seriamente dañada en espera del plazo estándar para recibir la decisión de su apelación. Su plan tendrá que aprobar su petición de acelerar su petición antes proceder con el plazo de apelaciones expeditas. Para presentar una apelación expedita con su plan Medicare Advantage, ya sea por una denegación de la Parte A o Parte B, siga los siguientes pasos:

1. Lea el documento titulado “Notificación de denegación de cobertura médica.”

Antes de poder presentar su apelación, deberá recibir la decisión oficial de su plan por escrito, conocida como la Notificación de denegación de cobertura médica. Por lo general, le notificarán verbalmente que su plan no cubrirá un servicio o artículo médico cuando usted o su médico llamen para confirmar la cobertura antes de que se le brinde el servicio.

Si le informan que el servicio o artículo médico no será cubierto, el plan deberá enviarle la notificación de denegación de cobertura médica. Deberá recibir esta notificación en un plazo de 14 días. Si no está de acuerdo con la decisión del plan, debe presentar una petición para apelar. La notificación que reciba le debe explicar lo que tiene que hacer para presentar su apelación.

2. Solicite una “re-determinación” (presente una apelación).

Siga las instrucciones de la notificación que reciba de su plan. Envíe su apelación a la dirección indicada en la Notificación de denegación de cobertura médica. Asegúrese de presentar su apelación en un plazo no mayor a 60 días a partir de la fecha indicada en la notificación.

Deberá enviar una carta al plan explicando por qué necesita el servicio o artículo médico. Si es posible, comuníquese con su médico y pida ayuda con el proceso de apelación. Pida a su médico una carta de apoyo explicando por qué necesita el servicio y que responda a las objeciones del plan.

Atención: si no recibe la notificación de denegación de cobertura médica en un plazo de dos semanas y su plan no le informa que extendió su plazo para tomar una decisión sobre su caso, podrá apelar sin la notificación. Empiece su apelación con el envío de una carta a su plan explicando que pasaron las dos semanas desde su petición para

recibir un artículo médico o servicio, y todavía no ha recibido la notificación de denegación.

3. Obtenga una decisión de su plan.

Su plan debe tomar una decisión sobre su caso en 72 horas. Si su apelación es exitosa, su servicio o artículo médico será cubierto. Si su apelación es denegada, tendrá el derecho a seguir apelando.

4. Obtenga una revisión independiente.

Si su apelación es denegada, tendrá 60 días a partir de la fecha de la notificación de denegación para escalar su caso al siguiente nivel en el proceso de apelación, conocido como “Entidad de revisión independiente” (IRE, por sus siglas en inglés). Su plan debe enviar automáticamente su apelación al IRE. El IRE debe tomar una decisión en un plazo no mayor a 72 horas a partir de la fecha indicada en la notificación.

Podrá comunicarse con el IRE para comprobar el estatus de su apelación o para enviar más información. El IRE también es conocido en inglés como “MAXIMUS Federal Services” y el número de teléfono es 585-348-3300.

Atención: si su plan deja pasar el plazo de 30 días para tomar una decisión, su apelación será denegada, y su plan debe enviar su apelación al IRE automáticamente.

5. Continúe a otros niveles de apelación.

Si su apelación es denegada y su servicio o artículo médico tiene cierto valor monetario, podrá apelar al nivel de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés). Tendrá que presentar su apelación al nivel del OMHA en un plazo no mayor a 60 días a partir de la fecha indicada en su carta del IRE.

Si decide apelar al nivel del OMHA, tendrá la opción de comunicarse con un abogado o una organización de servicios legales para recibir ayuda con este paso o con los siguientes pasos de su apelación. Sin embargo, esto no es requisito.

Si su apelación es denegada, tendrá el derecho a escalar su apelación al Consejo de Apelaciones de Medicare, y después a una corte federal. Tome en cuenta que cada nivel de apelación tendrá requisitos distintos sobre cuánto debe costar el servicio médico o artículo para poder continuar su apelación, así como plazos diferentes a los que deberá apegarse para presentar su apelación en estos niveles más altos.



Estrategias para apelar

Getting Medicare right

Incluido en este folleto hay algunas estrategias para ayudarle en el proceso de apelación

- Antes de iniciar su apelación, asegúrese de leer todas las notificaciones de su plan.
 - Comuníquese con el plan para averiguar por qué denegó su servicio o artículo médico si no está claro. El número de teléfono está ubicado en la parte posterior de su tarjeta de beneficios. Su carta de apelación debe indicar la(s) razón(es) de denegación expuesta(s) por el plan.
 - Si su EOB indica que el plan no pagó por un servicio y usted piensa que debía haberlo pagado, comuníquese con su proveedor antes de apelar para asegurarse de que no había un error con la facturación.
 - Guarde todas las notificaciones recibidas del plan y escriba los nombres de los representantes con quienes habla, las fechas y las horas de las conversaciones, y la información que le dieron.
- Muchos planes permiten apelaciones por escrito o por teléfono. Recomendamos escribir una carta de apelación y enviarla al plan por correo o por fax.
- Incluir una carta de apoyo de su proveedor le ayudará a reforzar su apelación.
- Asegúrese de presentar cada apelación dentro del plazo indicado.
 - Comuníquese con el plan para asegurarse de que recibió la apelación.
 - Si no puede enviar su apelación dentro del plazo, averigüe si es elegible para **una extensión por buena causa**. Si no, es posible que su apelación no sea considerada.
- Guarde las copias de todos los documentos enviados y recibidos durante el proceso de apelación.
 - Si es posible, envíe su apelación por correo certificado o pida confirmación de entrega.
 - No envíe los originales de los documentos importantes.
- Si su proveedor le envía una factura por el servicio o artículo denegado, comuníquese con la oficina de su proveedor para informarles que está en el proceso de apelar la decisión del plan.

OJO: Si su plan le brinda mal servicio al cliente, le da problemas administrativos (por ejemplo, el plan tarda en procesar su apelación o no entrega un reembolso prometido), o le presenta otros problemas, puede presentar una queja formal contra el plan. Para presentar una queja, comuníquese con su plan y envíe una carta a su departamento de apelaciones y quejas.

Si tiene preguntas adicionales sobre el proceso de apelación, hay recursos para ayudarle a entender sus derechos. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para información y asistencia gratis. Busque el número de su SHIP local con esta página de internet: www.shiphelp.org/

Ejemplo de una carta general de apelación

[Fecha]
[Su nombre]
[Su dirección]

Departamento de apelaciones y quejas
[Nombre del plan Medicare Advantage]
[Dirección del plan]

Re: [Su nombre]
Plan de Medicare:
Número de Medicare:
Médico:
Número de cobro: [por los servicios denegados]
Fecha/s del servicio:
Cobro total: [la cantidad que fue denegada]

Estimado Señor/Señora:

Estoy escribiendo para apelar la denegación por parte de [nombre de su plan Medicare Advantage] para cubrir [servicio denegado]. La denegación de cobertura no es razonable porque [Explique la razón por cual el servicio es médicamente necesario. Incluya información personal de su caso, enfermedad, e historial de tratamiento. Dé una explicación sobre el servicio médico o artículo médico, los médicos involucrados, y lo que usted considera que se debe hacer. Si es posible, pida una carta de apoyo de su(s) médico(s) confirmando las razones por las cuales el servicio es médicamente necesario.]

Tomando esto en cuenta, [incluya el nombre de su plan Medicare Advantage] tiene que cubrir [incluya el nombre del servicio denegado]. Por favor reconsidere su decisión. Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, por favor comuníquese conmigo al [incluya su número de teléfono]. Gracias por su atención a esta situación.

Atentamente,
[Su nombre]

Documentos adjuntos: [Incluya una lista de documentos que envía]

Ejemplo de una carta de apoyo escrita por un médico en respuesta a una denegación de cuidado

[Imprima en el papel membretado de su oficina, incluya copias de archivos médicos relevantes, y envíelo al cliente]

[Fecha]

Departamento de apelaciones y quejas
[Nombre del plan Medicare Advantage]
[Dirección del plan]

Re: [Nombre del paciente y fecha de nacimiento]
Fecha/s del servicio:
Cobro total: [la cantidad que fue denegada]

Estimado Señor/Señora,

Le escribo a nombre de mi paciente, [nombre del paciente].

[Nombre del paciente] ha estado bajo mi cuidado por [tiempo como paciente]. El/La paciente ha sido diagnosticado/a con [nombre de enfermedad/es]. Para brindar un mejor tratamiento a la condición médicas de [nombre del paciente], [ordené/realicé] [el tratamiento/artículo médico/servicio (CPT#)].

[Nombre del servicio] es médicamente necesario para [nombre del paciente] por [razones]. Si no puede recibir este tratamiento, [consecuencias de no recibir el tratamiento].

Tomando esto en cuenta, por favor reconsidere su denegación de cobertura por [tratamiento/servicio/artículo médico] que es médicamente necesario.

Por favor comuníquese conmigo si requiere alguna otra información. Estoy disponible en el número [número de teléfono].

Atentamente,

[Su nombre]
[Su título]

Documentos adjuntos: [Incluya una lista de documentos que envía]