



Getting Medicare right

# Denegaciones Antes de Recibir Servicios Médicos

**Si su plan de salud privado de Medicare deniega servicios médicos, usted puede apelar.**

Si su médico le informa que necesita un análisis, una cirugía u otro servicio, y usted cuenta con un plan de salud privado de Medicare (también conocidos como planes **Medicare Advantage**), puede que necesite preguntarle previamente a su plan si cubrirá dicho servicio. Esto se conoce como **autorización previa**.

Si su plan afirma que no pagará, no tiene que aceptar un "no" como respuesta. Existen métodos para lograr que su plan cubra el servicio. Esto se llama "apelar." Puede apelar por un servicio que usted necesite.

Muchas personas ganan sus apelaciones, pero para ello es importante tener el apoyo de su médico. Necesita que su médico le comunique al plan por qué es necesario recibir ese servicio o visitar a ese especialista. A veces los médicos apelan en nombre de sus pacientes. Antes de apelar, comuníquese con el consultorio de su médico. Averigüe si él apelará por usted. No necesita apelar si el médico lo hará en su nombre.

Aunque no gane la apelación en el primer nivel, usted y su médico pueden continuar con la apelación y ganar en el próximo nivel. En el proceso de apelación hay varios pasos y plazos que cumplir. Abajo se detallan los pasos que debe seguir para apelar **por un servicio que aún no recibió**. Siga estos pasos si no es una emergencia. Si necesita cuidados inmediatamente, su médico debe llamar al plan para solicitar una **apelación rápida**.

## 1. Consiga la denegación de su plan por escrito

**Su plan debe tomar una decisión oficial antes de que usted apele.** Esta decisión debe quedar por escrito. Si su plan le denegó la cobertura, llámelo y pídale el aviso de denegación. Su plan debe enviárselo por correo en dos semanas. El aviso le explicará el proceso de apelación. Le dirá qué información enviarle al plan y adónde enviarlo.

A veces los planes dicen que necesitan más de dos semanas para estudiar su caso. De ser así, pueden tomarse dos semanas más para enviarle su decisión. Debe esperar ese tiempo antes de apelar.

Si no recibe noticias del plan en dos semanas y no recibe el aviso de denegación, puede apelar sin él. Envíele una carta al plan diciéndole que ya han pasado los 14 días

y que no recibió el aviso de denegación. Adjunte una carta de su médico que explique por qué necesita el servicio. Esto se conoce como **solicitar una reconsideración**, y da comienzo a la apelación.

## 2. Solicite una reconsideración

Tiene **60 días** para apelar a partir del día en que recibió el aviso de denegación. Por lo general, para ello debe enviar una carta que explique por qué necesita el servicio. Esto se conoce como **solicitar una reconsideración** porque le pide al plan que reconsidere su decisión.

Antes de solicitar una reconsideración, averigüe si su médico apelará por usted. Si es así, no necesita hacer nada.

Si su médico no apelará por usted, puede enviar una solicitud de reconsideración. **Es recomendable incluir una carta de apoyo de su médico.** La carta debe explicar por qué el servicio es necesario desde un punto de vista médico. 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 guarde el recibo del fax.

## 3. Obtenga la respuesta del plan

Su plan debe tomar una decisión sobre su apelación o solicitud de reconsideración dentro de los **30 días**.

El plan puede tomarse otros 14 días para reunir información, pero solo si lo hace en su favor. El plan debe informarle si necesita más tiempo. Si el plan no vuelve a contactarse con usted, llámelo.

Por lo general, en este nivel los planes deciden a cubrir los servicios. Si es así, concluye la apelación. Puede recibir el servicio y el plan lo cubrirá.

## 4. Busque un reviso independiente

Si su plan aún le deniega 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, Entidad Independiente de Revisión)**. El IRE es el siguiente paso en el proceso de apelación.

Medicare contrata al IRE para revisar las apelaciones. Está compuesta de médicos y otros profesionales. Ellos se aseguran de que usted reciba cobertura de calidad. El IRE debe tomar una decisión dentro de los **30 días** después de recibir la apelación. Puede averiguar el estado de su apelación con el IRE o enviarle más información. El nombre del IRE es MAXIMUS Federal Services. Puede llamar a MAXIMUS al 585-425-5210.

## 5. Más niveles de apelación

Si el IRE rechaza su apelación y afirma que su plan no debe cubrir sus gastos médicos, debe seguir ciertos pasos para continuar con la apelación. Durante el año 2023, si el servicio 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 consulte con un partidario o un abogado.

Si este proceso se lleva a cabo durante un período de inscripción, una alternativa es cambiar a otro plan de Medicare que cubra el servicio que usted necesita. Puede inscribirse en Medicare Original o puede elegir otro plan de salud privado.

## Consejos Para Apelar

- No dude en apelar si no está de acuerdo con la decisión de su plan. El proceso es simple y es su derecho.
- Los planes deben permitirle iniciar una apelación por teléfono. Recomendamos escribir una carta de apelación. La dirección a la que debe enviar la apelación estará detallada en el aviso de denegación. Busque en la parte inferior, donde dice “Información Importante Sobre Sus Derechos de Apelación.”
- Si su plan le permite enviar su apelación por fax, considere enviarla por fax y por correo.
- Escriba claramente cuál es el servicio rechazado por la que apela.
- Una carta de apoyo de un médico es clave en 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 detenga en un nivel de apelación. Asegúrese de avanzar al siguiente nivel cuando se rechace su apelación.
- Si no cumplió el plazo para apelar en algún nivel, puede solicitar una extensión por 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 y no pudo apelar.
  - Sus documentos se perdieron en un 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 la hora en que cuándo lo hizo.
- Llame al plan para asegurarse de que recibió la apelación.

También puede presentar una queja formal si le parece que no recibió la atención adecuada por parte de su plan. Esto se conoce como una **carta de queja**. No es lo mismo que la apelación. Las quejas formales no suelen lograr que un plan cubra un servicio, pero este debe responder a ellas. Envíe su queja formal al plan y a la oficina local **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

(Muéstrole 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]**