



Denegaciones de Medicare Original después 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, ni estamos conectados con planes o compañías de seguro médico.

Recientemente usted llamó a nuestra línea de servicios para pedir ayuda con una denegación de servicio de Medicare Original. Usted tiene el derecho a apelar esa denegación, lo cual constituye una petición formal para que Medicare 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 terminar cuidado médicamente necesario.

Este paquete contiene información adicional acerca del proceso de apelación de Medicare Original incluyendo:

- Un resumen del proceso de apelación
- Una lista de recomendaciones
- Un ejemplo de una carta de apelación
- Un ejemplo de una carta de proveedor

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

Atentamente,

Consejería de la línea de servicios

Cómo apelar una denegación

Si tiene Medicare Original y su servicio o artículo médico fue denegado, tiene el derecho de apelar. Una apelación es una solicitud formal que puede enviar si no está de acuerdo con una decisión sobre cobertura o pago. Para presentar una apelación con Medicare Original por una denegación de Parte A o Parte B, siga los siguientes pasos.

1. Lea el documento titulado “Resumen de Medicare” (MSN, por sus siglas en inglés).

El documento titulado “Resumen de Medicare” (MSN, por sus siglas en inglés) es un resumen de servicios y artículos médicos que ha recibido durante los previos tres meses. El MSN no es una factura.

Se envían los MSN cuatro veces al año (trimestralmente) y contienen información sobre cargos facturados a Medicare, la cantidad pagada por Medicare y la cantidad que usted tendrá que pagar al proveedor. Es posible que reciba los MSN adicionales si recibe un reembolso de una factura que ya ha pagado.

Su MSN también incluye **cargos no cubiertos**. Este campo indica la proporción de cargos por servicios que son denegados o excluidos (nunca cubiertos) por Medicare. Un cargo de \$0.00 en este campo indica que no hubo servicios denegados o excluidos. Un cargo en este campo indica que usted tiene que pagar. Si no está de acuerdo con el cargo no cubierto, debe presentar una apelación.

2. Pida una re-determinación (presente una apelación).

Siga las instrucciones de apelación en su MSN o en el formulario de Solicitud de Re-determinación:

- Indique el servicio denegado
- Rellene la sección sombreada al final del MSN

Envíe su apelación al Contratista Administrativo de Medicare (MAC, por sus siglas en inglés) en un plazo de 120 días a partir de la fecha en su MSN. El nombre y la dirección del MAC están en la sección sombreada de su MSN.

Si es posible, comuníquese con su proveedor y pida su ayuda con el proceso de apelación. Pida una carta de apoyo que explica por qué usted necesitaba el servicio o artículo médico que fue denegado y la razón por la cual era medicamente necesario. Envíe esta carta con su apelación.

3. Obtenga la decisión de Medicare.

El MAC debe tomar una decisión en un plazo de 60 días. Si su apelación tiene éxito, su servicio o artículo médico será cubierto. Si el MAC deniega su apelación, tendrá el derecho de seguir apelando.

4. Obtenga una revisión independiente.

Si su apelación es denegada, tendrá 180 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 “Contratista Independiente Competente” (QIC, por sus siglas en inglés). El QIC puede tener un nombre diferente en su región. Siga las instrucciones en la notificación de denegación del MAC para presentar su apelación.

El QIC debe tomar una decisión en un plazo de 60 días. Si su apelación al QIC tiene éxito, su servicio o artículo será cubierto. Si su apelación es denegada, tiene el derecho de seguir apelando.

5. Continúe apelando a los siguientes niveles.

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 dentro de 60 días a partir de la fecha indicada en su notificación de denegación del QIC.

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, no es un requisito.

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



Estrategias para

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 Medicare.
 - Llame al 1-800-MEDICARE (800-633-4227) para averiguar por qué fue denegado su servicio o artículo médico si no está claro. Su carta de apelación debe indicar la(s) razón(es) de denegación expuesta(s) por Medicare.
 - Si su MSN indica que Medicare no pagó por un servicio y 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 de Medicare y escriba los nombres de los representantes con quienes habla, las fechas y las horas de las conversaciones, y la información que le dieron.
- Incluir una carta de apoyo de su proveedor le ayudará a reforzar su apelación.
- Asegúrese de presentar cada apelación dentro del plazo indicado.
 - 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.
- Usted también puede apelar si firmó un **Aviso Anticipado de no Cobertura para el Beneficiario (ABN, por sus siglas en inglés)**. Antes de apelar, asegúrese de que se facturó a Medicare y que recibió una denegación.
- 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 de Medicare.

Si tiene preguntas 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 recibir información y asistencia gratis. Busque el número de su SHIP local con esta página de internet www.shiphelp.org/.

Ejemplo de una carta de apelación por plazo expirado

[Fecha]
[Su nombre]
[Su dirección]

Departamento de Apelaciones y Quejas
[Dirección en el MSN]

Re: **[Su nombre]**
Número de Medicare:
Nombre de proveedor:
Número de reclamación: **[Número de reclamación por el servicio/s denegado/s]**
Fecha/s de servicio:
Cobro total: **[La cantidad que fue denegada]**

Estimado/a Señor/a:

Le escribo para apelar la denegación de cobertura para **[servicio denegado]** por Medicare. Pido que considere esta apelación a pesar de que el plazo ha expirado. No presenté una apelación dentro del plazo indicado porque **[Explique por qué usted no presentó una apelación dentro del plazo indicado]**. Por lo tanto, de acuerdo con las pautas detalladas en el 42 C.F.R. § 405.942(b), he demostrado una razón justificada para presentar esta apelación después del plazo indicado.

Su denegación de cobertura no es razonable porque **[Explique por qué el servicio es medicamento necesario. Incluya información personal sobre su caso, historia de la enfermedad y tratamiento, explicación del cuidado que recibió, los proveedores involucrados y qué piensa que debe pasar. Si es posible, obtenga una carta de sus proveedores que confirma que el servicio es medicamento necesario y que explica por qué.]**

Como resultado, Medicare tiene que cubrir este **[servicio denegado]**. Por favor, reconsidere su decisión. Si tiene alguna pregunta o si necesita información adicional, por favor, comuníquese conmigo al **[su número de teléfono]**. Gracias por su atención a este asunto.

Atentamente,
[Su nombre]

Documentos adjuntos: **[Incluya una lista de documentos]**

Ejemplo de una carta de proveedor

[Imprima en el papel membretado de su oficina, adjunte copias de registros médicos relevantes y devuelva la carta al cliente]

[Fecha]

Departamento de Apelaciones y Quejas
[Dirección en el MSN]

Re: **[Nombre y fecha de nacimiento del paciente]**

Fecha/s de servicio:

Cobro total: **[la cantidad que fue denegada]**

Estimado/a señor/a,

Le escribo en nombre de mi paciente, **[nombre del paciente]**.

[Nombre del paciente] ha sido mi paciente por **[cantidad de tiempo]**. Fue diagnosticado/a con **[diagnóstico/s]**. Para poder tratar adecuadamente la condición médica de **[nombre del paciente]**, **[pedí/hice]** **[tratamiento/artículo/servicio (# de CPT)]**.

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

Por estas razones, por favor reconsidere su decisión de denegar cobertura de este **[tratamiento/artículo/servicio]** medicamento necesario.

Por favor, comuníquese conmigo si requiere información adicional. Puede llamar al **[número de teléfono]**.

Atentamente,

[Su nombre]

[Su título]

Documentos adjuntos: **[Incluya una lista de documentos]**