



Denegaciones después de servicio de Medicare Original

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

Apelando la decisión de Medicare de denegar cobertura

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 Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) es un resumen de servicios de cuidado médico y artículos que Ud. ha recibido durante los tres meses previos. 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 redeterminación (presente una apelación).

Siga las instrucciones de apelación en su MSN o en el formulario de Solicitud de Redeterminación:

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

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

Si es posible, hable con su proveedor y pida su ayuda con el proceso de apelación. Pida una carta de apoyo explicando por qué Ud. necesitaba el servicio de salud o artículo que fue denegado y notando que era medicamento necesario. Mande 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 es exitosa, su servicio o artículo será cubierto. Si su apelación es denegada, Ud. tiene derecho a continuar apelando.

4. Obtenga una revisión independiente.

Si su apelación es denegada, Ud. puede avanzar al siguiente nivel apelando al Contratista Independiente Competente (QIC, por sus siglas en inglés) en un plazo de 180 días desde la fecha señalada en la carta de denegación del MAC. El QIC puede tener un nombre diferente en su región. Siga las instrucciones en la carta de denegación del MAC para presentar su apelación.

El QIC debe tomara una decisión en un plazo 60 días. Si su apelación al QIC tiene éxito, su servicio o artículo será cubierto. Si su apelación es denegada, Ud. tiene derecho a continuar apelando.

5. Continúe a niveles adicionales de apelación.

Si su apelación es denegada y su servicio de salud o artículo valen una cierta cantidad, Ud. puede apelar a la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés). Ud. tiene que presentar su apelación de nivel OMHA en un plazo de 60 días desde la fecha señalada en su carta de denegación del QIC.

Si Ud. decida apelar al nivel del OMHA, es posible que quiera ponerse en contacto con un abogado o una organización de servicios legales para que le ayuden con este paso o pasos posteriores en su apelación—sin embargo, esto no es un requisito.

Si su apelación es denegada, Ud. tiene derecho a continuar apelando al Consejo de Apelaciones de Medicare y después al Tribunal de Distrito Federal. Tenga en cuenta que, a cada nivel, hay requisitos diferentes de cuándo tiene que presentar la apelación y qué valor requiere el servicio de salud o artículo para poder apelar.

Consejos para la apelación

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 general

[Fecha]
[Su nombre]
[Su dirección]

Departamento de Apelaciones y Quejas
[Dirección en el MSN]

Re: [Su nombre]
Número de Medicare:
Proveedor:
Número de reclamación: [Número de reclamación para servicio/s denegado/s]
Fecha/s de servicio:
Total cobrado: [La suma denegada]

Estimado/a Señor/a:

Le escribo para apelar la denegación de cobertura para [servicio denegado] por Medicare. Su denegación de cobertura no es razonable porque **[Explique por qué el servicio es medicamente 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 confirmando que el servicio es medicamente necesario y explicando por qué.]**

Como resultado, Medicare tiene que cubrir este [servicio negado]. Por favor, revise su decisión. Si tiene cualquier pregunta o si necesite información adicional, por favor, llame al [su número de teléfono]. Gracias por su rápida atención a este asunto.

Sinceramente,
[Su nombre]

Adjuntos: [Si hay alguno, haga una lista]

Ejemplo de una carta de proveedor

[Imprima con su membrete, 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:

Total cobrado por servicios:

Estimado/a señor/a,

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 consiguiente, por favor reconsidere la denegación de cobertura de este [tratamiento/artículo/servicio] medicamento necesario.

Por favor, llámeme si necesita información adicional. Puede hacerlo llamando al [número de teléfono].

Sinceramente,

[Su nombre]

[Su título]

Adjuntos: [Si hay alguno, haga una lista]