CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

Cómo Solicitar una Apelación de la Parte A o Parte B de Medicare en el Plan Original de Medicare

El Plan Original de Medicare incluye la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico). El Plan Original de Medicare cubre ciertos servicios médicos y suministros en hospitales y otras instituciones.

Si está inscrito en el Plan Original de Medicare, usted puede apelar si el servicio o suministro:

- que recibió no está cubierto y usted cree que debería estar cubierto
- es denegado y usted cree que Medicare debe pagar por él
- quiere cuestionar la cantidad que Medicare pagó

Sus derechos de apelación se detallan en la parte posterior del Resumen de Medicare (MSN por su sigla en inglés). Este es el aviso que recibe cada 3 meses de la compañía que maneja los reclamos de Medicare. El MSN le explicará porqué Medicare no pagará por el servicio o suministro y cómo puede apelar la decisión. Si decide apelar, pídale a su médico, proveedor o suplidor que le facilite cualquiera información que pudiera servirle para su caso.

Nota: Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), sus derechos de apelación están detallados en los materiales de su plan.

El Proceso de Apelación

El proceso de apelaciones de la Parte A y Parte B de Medicare tiene 5 niveles.

1. Redeterminación por la compañía que administra las facturas de Medicare
2. Reconsideración por un Contratista Independiente Calificado (QIC por su sigla en inglés)
3. Audiencia con Juez Administrativo (ALJ por su sigla en inglés)
4. Revisión por un Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC por su sigla en inglés)
5. Revisión por la corte federal

Primer Nivel de Apelación: Redeterminación

Su Resumen de Medicare (MSN por su sigla en inglés) le indica si Medicare ha pagado su reclamación médica o si la negó. Esta es la determinación inicial. Usted puede solicitar una redeterminación si su reclamación fue negada y usted cree que Medicare debe haberla cubierto.

- La solicitud de redeterminación deberá ser presentada dentro de los 120 días de recibir su Resumen de Medicare (MSN).
- Puede utilizar el MSN para hacer su solicitud.
- La solicitud de redeterminación deberá presentarse con la compañía que administra la reclamaciones de Medicare, tal como se indica en el MSN.
- No existe una cantidad mínima que está en cuestión para usted solicitar una redeterminación.
- La compañía que maneja sus reclamaciones de Medicare le enviará una decisión por escrito dentro de los 60 días de recibir su solicitud.

Cómo Solicitar una Redeterminación

Usted puede solicitar una redeterminación en una de las siguientes 3 maneras.

1. Siga las instrucciones de su MSN de manera siguiente:
   - Haga un círculo alrededor del artículo o servicio con el que está en desacuerdo
   - Detalle en el MSN las razones por las que está en desacuerdo
   - Firme el MSN
   - Envíe el MSN a la dirección del contratista de Medicare que aparece en la sección "Información sobre Apelaciones" del MSN.
2. Puede usar el formulario "Solicitud de Redeterminación" (CMS 20027) disponible en www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf por Internet.
3. Puede hacer su solicitación por escrito. Su carta debe incluir lo siguiente:
   - Su nombre
   - Su número de Medicare (localizado en su tarjeta roja, blanca, y azul de Medicare)
   - El artículo o servicio específico por el cual está pidiendo la redeterminación
   - Una explicación por la cual está en desacuerdo con la determinación inicial
   - La fecha del servicio(s)
   - Su firma o el nombre y la firma de su representante designado. El formulario "Nombramiento de Representante" (CMS-1696) está disponible en www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf por Internet.

Si elige solicitar una redeterminación, usted debe enviarle toda información adicional que tenga y que ayude a su caso al contratista de Medicare identificado en su MSN. Por ejemplo, usted debe enviar copias de sus facturas médicas y copias de sus MSNs relacionados.

Segundo Nivel de Apelación: Reconsideración

Usted puede solicitar una reconsideración si no está satisfecho con la decisión de redeterminación. La decisión de reconsideración es tomada por un Contratista Independiente Calificado (QIC por su sigla en inglés) que no participó en la redeterminación.

- La solicitud para una reconsideración debe ser presentada ante el QIC nombrado en la redeterminación dentro de los 180 días de haber recibido la decisión de su redeterminación.
- No existe una cantidad mínima que está en cuestión para usted solicitar una reconsideración.
- El QIC le enviará una reconsideración por escrito dentro de los 60 días de haber recibido su solicitud. La decisión de reconsideración le explicará cómo puede solicitar una apelación. Si el QIC no puede brindarle una decisión en el tiempo establecido, usted recibirá una carta preguntándole si desea pasar al siguiente nivel de apelación.

Cómo Solicitar una Reconsideración

Usted puede solicitar una redeterminación en una de las siguientes 2 maneras.

1. Puede usar el formulario "Reconsideración" (CMS 20033) disponible en www.cms.hhs.gov/downloads/cms20033.pdf por Internet.
2. Puede hacer su solicitud por escrito. Su carta debe incluir lo siguiente:
   - Su nombre
   - Su número de Medicare (localizado en su tarjeta roja, blanca, y azul de Medicare)
   - El artículo o servicio específico por el cual está pidiendo la reconsideración
   - La fecha del servicio(s)
   - Su firma o el nombre y la firma de su representante designado
   - El nombre de la compañía que administra sus reclamaciones de Medicare que hizo la redeterminación

La solicitud de reconsideración debe explicar claramente por qué está en desacuerdo con la redeterminación. Usted debe enviar una copia del Aviso de Redeterminación de Medicare y cualquier otra documentación, al QIC identificado en el Aviso, que pueda ayudarle a su caso. Si envía la documentación después de que la solicitud de reconsideración ha sido presentada puede tomarle más tiempo al QIC brindarle una decisión.

Tercer Nivel de Apelación: Audiencia con un Juez Administrativo

Si está en desacuerdo con la decisión del QIC, usted puede apelar con un Juez Administrativo (ALJ por su sigla en inglés).

- La solicitud para una audiencia con el ALJ debe ser presentada dentro de los 60 días de haber recibido la decisión de la reconsideración.
- Para que le otorguen la audiencia con el ALJ, el valor proyectado del servicio y/o el artículo denegado deber ser de una cantidad mínima. El QIC le proveerá con una cantidad estimada y si satisface la cantidad mínima requerida en la carta de reconsideración. Sin embargo, el ALJ toma la decisión final.
- El ALJ le enviará una decisión por escrito dentro de los 90 días de haber recibido su solicitud. Si el ALJ no puede brindarle una decisión en el tiempo establecido, usted puede pedirle al ALJ que pase al siguiente nivel de apelación.

Cómo Solicitar una Audiencia con un Juez Administrativo

Para solicitar una audiencia con un Juez Administrativo, siga las instrucciones en la carta de reconsideración que ha recibido de la QIC. Si necesita ayuda adicional con la presentación de una apelación con un ALJ, puede llamar GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.

Cuarto Nivel de Apelación: Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare

Si está en desacuerdo con la decisión del ALJ, usted puede apelar con el Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC por su sigla en inglés).

- La solicitud para una revisión del MAC debe ser presentada dentro de los 60 días de haber recibido la decisión del ALJ.
- No existe una cantidad mínima que está en cuestión para usted solicitar una revisión del MAC.
- El MAC le enviará una decisión por escrito dentro de los 90 días de haber recibido su solicitud. Si el Consejo de Apelaciones de Medicare no puede brindarle una decisión en el tiempo establecido, usted puede pedirle al MAC que pase al siguiente nivel de apelación.

Cómo Solicitar una Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare

Revise la decisión que recibió del ALJ y siga las instrucciones de cómo solicitar una revisión con el MAC.

Quinto Nivel de Apelación: Revisión por una Corte Federal

Si está en desacuerdo con la decisión del MAC, usted puede apelar con la corte federal.

- Para que le otorguen la revisión en la corte federal, el valor proyectado del servicio y/o el artículo denegado deber ser de una cantidad mínima establecida.
- Su solicitud debe ser presentada ante el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos dentro de los 60 días de haber recibido la decisión del MAC.

Cómo Solicitar una Revisión por una Corte Federal

Revise la decisión que recibió del MAC y siga las instrucciones de cómo solicitar una revisión en al corte federal.

Para Más Información

- Visite www.medicare.gov por Internet y seleccione "Apelaciones Medicare" (disponible sólo en inglés). O, en la página principal seleccione "Materiales Educativos y Publicaciones en Español" y obtenga un copia gratis del manual "Sus Derechos y Protecciones de Medicare".
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para asesoramiento personalizado y gratis. Visite www.medicare.gov por Internet. Bajo "Herramientas de Búsqueda" seleccione "Contactos Útiles" (disponible sólo en inglés). O, llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-877-486-2048.
- Asista a los eventos locales relacionados con Medicare. Busque información sobre estos eventos en su periódico local o espere a escuchar la información en la radio.

Mi Salud.
Mi Medicare.

CMS Publicación No. 11316-S
Revisada en julio 2007