Apelaciones de Medicare

Esta **guía oficial del gobierno** tiene información sobre cómo presentar una apelación, independientemente de cómo obtenga su Medicare.

es.Medicare.gov



Medicare

Índice

1	**Sección 1:** Presentar una apelación
3	**Sección 2:** Nombrar a un representante
5	**Sección 3:** Presentar una apelación en el Medicare Original
17	**Sección 4:** Presentar una apelación en los planes de salud de Medicare
25	**Sección 5:** Su derecho a una apelación rápida
30	**Sección 6:** Presentar una apelación con la cobertura de medicamentos de Medicare
40	**Sección 7:** Definiciones
44	**Comunicaciones accesibles**
C3	**Aviso de no Discriminación** (contraportada interior)



Sección 1:

Solicitar una apelación

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o pago de **Medicare Original**, su **plan Medicare Advantage** u otro plan de Medicare, o su plan de medicamentos de Medicare, puede presentar una **apelación**. Antes de iniciar una apelación, pregunte a su proveedor o suplidor cualquier información que pueda fortalecer su apelación.

Si está en un plan Medicare Advantage, otro plan de salud o un plan de medicamentos, consulte los materiales de su plan o comuníquese con su plan para obtener detalles sobre sus derechos de apelación. El plan debe decirle por escrito cómo apelar. Generalmente puede encontrar la información de contacto de su plan en su tarjeta de membresía del plan.

Nota: Consulte las páginas 40–43 para las definiciones de palabras **azules**

Puede presentar una apelación si Medicare o su plan se niegan a:

- Cubrir un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento que crea que debería estar cubierto.
- Pagar por un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento que ya recibió.
- Cambiar la cantidad que debe pagar por un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento.
- Proporciona o paga total o parcialmente un servicio, suministro, artículo o medicamento que crea que aún necesita.
- Cubre medicamentos como opioides y benzodiacepinas. Esto puede ocurrir cuando el plan lo etiquetó como "en riesgo" bajo un programa de gestión de drogas de la Parte D.

¿Cómo funcionan las apelaciones?

El proceso de apelación varía según el tipo de cobertura que tenga. Generalmente, hay 5 niveles de apelación. Si no está de acuerdo con la decisión tomada en cualquier nivel del proceso, normalmente puede pasar al siguiente nivel. En cada nivel recibirá una carta de decisión con instrucciones sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación.

- Para saber cómo presentar una apelación en **el Medicare Original**, vaya a la página 5.
- Para saber cómo presentar una apelación en un **Plan Medicare Advantage** u otro plan de salud de Medicare, vaya a la página 17.
- Para saber cómo presentar una apelación con un plan de cobertura de medicamentos de Medicare, vaya a la página 30.



Sección 2:

Nombrar un representante

Si quiere ayuda para presentar una apelación, puede designar a un representante que le ayude. Su representante puede ser un familiar, amigo, defensor, abogado, médico u otra persona que actúe en su nombre.

Hay dos formas de nombrar a un representante que le ayude con una apelación. Usted puede:

- Completar un formulario de "Nombramiento de Representante". Puede descargar diferentes formatos de este formulario en **CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf**.
  - Luego de completar este formulario, envíelo junto con su apelación al Contratista Administrativo de Medicare (MAC) (una compañía que gestiona reclamaciones **de Medicare Original**) que figuran en su **Aviso Resumen de Medicare (MSN)** o a su plan.

Nota: Consulte las páginas 40–43 para las definiciones de palabras **azules**

O

- Envíe una solicitud por escrito que incluya:
  - Su nombre, dirección, número telefónico, número de Medicare.
  - Una declaración nombrando a alguien como su representante para que actúe en su nombre.
  - El nombre, la dirección y el número de teléfono de su representante.
  - El estatus profesional de su representante (como un médico) o la relación que tiene con usted.
  - Una declaración que autorice la comunicación de su información personal y de salud identificable a su representante.
  - Una declaración que explique por qué tiene representante y en qué medida lo representa.

Envíe la solicitud por escrito junto con su apelación al Contratista Administrativo de Medicare (MAC) (una compañía que gestiona las reclamaciones **de Medicare Original**) que aparece en su **MSN** o a su plan.

Guarde una copia de todo lo que envíe como parte de su apelación.

Si tiene preguntas sobre cómo nombrar un representante, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En algunos casos, su médico puede presentar una apelación en su nombre, sin ser nombrado su representante.

- Si tiene un **Plan Medicare Advantage** u otro plan de salud de Medicare:
  - Su médico puede pedir una determinación de la compañía o cierta reconsideraciones previas al servicio en su nombre, y no necesita presentar un formulario de “Nombramiento de Representante” ni una solicitud por escrito.
  - Si quiere que su médico tratante solicite un nivel de apelación más alto en su nombre, tendrá que presentar el formulario de “Nombramiento de Representante” o una solicitud por escrito que incluya la información mencionada anteriormente.
- Si tiene un **plan de medicamentos de Medicare**:
  - Su médico u otro prescriptor puede solicitar una determinación, redeterminación o reconsideración de cobertura a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) en su nombre, y no necesita presentar un formulario de “Nombramiento de Representante”.
  - Si quiere que su médico u otro prescriptor solicitar un nivel de apelación más alto en su nombre, tendrá que presentar el formulario de “Nombramiento de Representante” o una solicitud por escrito que incluya la información mencionada anteriormente.



Sección 3:

Presentar una apelación en el Medicare Original

Medicare Original incluye **Medicare Parte A (seguro de hospital)** y **Medicare Parte B (seguro médico)**. Todas las personas con Medicare Original que reciben servicios cubiertos recibirán un **"Resumen de Medicare"(MSN)** por correo al menos cada 6 meses. Si quiere obtener MSN electrónicos, inicie sesión (o cree) su cuenta segura de Medicare en **es.Medicare.gov/account/login** y vaya a la configuración de la cuenta para registrarse para los MSN electrónicos. Si se inscribe para los MSN electrónicos, recibirá un correo electrónico con un enlace a su MSN para cualquier mes que tenga una reclamación tramitada en lugar de esperar una copia en papel.

Nota: Consulte las páginas 40–43 para las definiciones de palabras **azules**

Su **MSN** muestra:

- Todos los artículos y servicios que los proveedores y suplidores facturaron a Medicare durante el periodo de 6 meses
- Lo que pagó Medicare
- Cuánto puede deber al proveedor o suplidor
- Si Medicare aprobó, o denegó total o parcialmente, su **reclamación** médica (esta es la determinación inicial, y la realiza el Contratista Administrativo de Medicare (MAC), que tramita las reclamaciones de Medicare)

Lea bien su MSN. Si no está de acuerdo con una decisión sobre cobertura o pago de Medicare, puede **apelar** la decisión. Su MSN tiene información sobre cómo presentar una apelación.

Si decide presentar una apelación, pregunte a su médico, otro **proveedor de atención médica** o suplidor cualquier información que pueda ayudar a su caso. Guarde una copia de todo lo que envíe a Medicare como parte de su apelación.

Comuníquese con su proveedor o suplidor si falta un artículo o servicio esperado en su MSN, o si no está seguro de si Medicare fue facturado por los artículos y servicios que recibió. Pídales un resumen detallado que enumere todos los elementos y servicios que facturaron a Medicare.

Nota: Su proveedor tiene hasta un año desde la fecha en que recibió un artículo o servicio para presentar una reclamación.

¿Cuál es el proceso de apelación para el Medicare Original?

Hay 5 niveles de apelación en el **Medicare Original**. Si no estás de acuerdo con la decisión tomada en cualquier nivel del proceso, normalmente puedes pasar al siguiente nivel. En cada nivel recibirá una carta de decisión con instrucciones sobre cómo pasar al siguiente nivel. Los 5 niveles son:

Nivel 1: Redeterminación por el MAC

Nivel 2: Reconsideración por un Contratista Independiente Calificado (QIC)

Nivel 3: Decisión de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA)

Nivel 4: Revisión por el Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones)

Nivel 5: Revisión judicial de un Tribunal Federal de Distrito

Nivel 1: Redeterminación por el MAC

El primer nivel de **apelación** en **Medicare Original** se llama redeterminación.

Comience su apelación mirando su **MSN**. Debe presentar su apelación antes de la fecha indicada en su MSN. Si pierde el plazo para apelar, aún puede presentar una apelación y obtener una decisión **si** puede demostrar causa justificada para no cumplir el plazo (por ejemplo, si tiene una discapacidad, enfermedad o accidente que le retrasó en presentar la apelación antes del plazo).

¿Cómo presento una redeterminación?

Lea su MSN detenidamente y siga las instrucciones de apelación:

- Circule el(los) artículo(s) y/o servicio(s) que desea apelar en una copia de su MSN.
- Explique por escrito en su MSN o en una hoja de papel separada por qué no está de acuerdo con la determinación inicial.
- Incluya su nombre, número de teléfono y número de Medicare.
- Incluya cualquier otra información que tenga sobre su apelación. Puede solicitar a su proveedor información que pueda ayudar en su caso. Escriba su número de Medicare en todos los documentos que envíe con su solicitud de apelación.
- Envíe sus documentos por correo a la dirección de la oficina de Reclamaciones de Medicare que aparece en el Paso 7 en la última página de su MSN.

O puede completar un formulario de "Solicitud de Redeterminación de Medicare" (Formulario CMS número 20027).

- Para una copia, visite **CMS.gov/CMSFORMS/DOWNLOADS/CMS20027.PDF** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Incluya cualquier otra información que tenga sobre su apelación. Puede solicitar a su proveedor información que pueda ayudar en su caso. Escriba su número de Medicare en todos los documentos que envíe con su solicitud de apelación.
- Envíe su documentación por correo a la dirección de la oficina de Reclamaciones de Medicare que aparece en el Paso 7 en la última página de su MSN.

O envíe una solicitud por escrito al MAC. La dirección de la compañía aparece en su MSN. Su solicitud debe incluir:

- Su nombre y número de Medicare.
- Enumere los artículos y/o servicios específicos y las fechas sobre las que presenta una apelación. También puede marcar con un círculo los artículos y/o servicios que desea recurrir en una copia de su MSN.
- ¿Por qué cree que los artículos y/o servicios deberían estar cubiertos?
- Si nombró a un representante, una copia del formulario "Nombramiento de Representante" o cualquier documento escrito con los elementos requeridos. Para más información sobre cómo nombrar a un representante, vaya a la página 3.
- Cualquier otra información que pueda ayudar en su caso.
- Envíe sus documentos por correo a la dirección de la oficina de Reclamaciones de Medicare que aparece en el Paso 7 en la última página de su MSN.

Guarde una copia de todo lo que envíe a Medicare como parte de su apelación. Generalmente recibirá una decisión del MAC (ya sea en una carta o un MSN) en un plazo de 60 días después de que reciban su apelación.

Medicare hace un contrato con el MAC para revisar su apelación y tomar una decisión. Las personas del MAC que revisan y deciden sobre su apelación son independientes de quienes tomaron la decisión original de cobertura o pago.

Puede enviar más información o pruebas al MAC después de presentar su solicitud de redeterminación, pero puede que el MAC tarde más de 60 días en tomar una decisión. El MAC tendrá 14 días calendario adicionales para tomar una decisión cada vez que le envíe más información o pruebas.

Luego de presentar una nueva determinación

- Si el MAC decide que Medicare **cubrirá** el(los) artículo(s) o servicio(s) que apeló: su próximo MSN mostrará la decisión.
- Si el MAC decide que Medicare **no cubrirá** el(los) artículo(s) o servicio(s) apelado(s): generalmente recibirá una carta de decisión del MAC en 60 días.

Si no está de acuerdo con la decisión del MAC:

Tiene 180 días luego de recibir la carta de decisión del MAC o un MSN para solicitar una apelación de Nivel 2, llamada "Reconsideración por un Contratista Independiente Calificado" (QIC).

Nivel 2: Reconsideración de Contratista Independiente Calificado (QIC)

Un QIC es un contratista independiente que no ha participado en la decisión de nivel 1. El QIC revisará su solicitud de reconsideración y tomará una decisión. Su solicitud debería explicar claramente por qué no está de acuerdo con la decisión de redeterminación del Nivel 1. Es útil enviar una copia del "Aviso de Redeterminación de Medicare" junto con su solicitud de reconsideración al QIC.

¿Cómo pido una reconsideración de QIC?

Para solicitar una reconsideración, siga las instrucciones del "Aviso de Redeterminación de Medicare" que recibió en el Nivel 1. Debe enviar su solicitud a la dirección del QIC en el "Aviso de Redeterminación de Medicare". Puede solicitar una reconsideración de **una de estas formas**:

- **Complete un formulario de "Solicitud de Reconsideración de Medicare"**, que se incluye con el "Aviso de Redeterminación de Medicare".
  - También puede obtener una copia de este formulario visitando CMS.gov/CMSFORMS/DOWNLOADS/cms20033.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Envíe una solicitud por escrito que incluya:**
  - Su nombre y número de Medicare.
  - Los artículos o servicios específicos para los que solicita una reconsideración y las fechas de servicio específicas. Puede encontrar esta información en su "Aviso de Redeterminación de Medicare".
  - El nombre del MAC que hizo la redeterminación, que puede encontrar en su **MSN** y en el "Aviso de Redeterminación de Medicare."
  - Una explicación de por qué no está de acuerdo con la redeterminación, y cualquier prueba que pueda ayudar en su apelación.
  - El nombre de su representante, si nombró uno. Para más información sobre el nombramiento de un representante, consulte la sección 2.
  - Envíe su solicitud junto con cualquier documento adicional a la dirección del QIC que aparece en el "Aviso de Redeterminación de Medicare".

Sea cual sea la forma en que elija solicitar una reconsideración, debe explicar claramente por qué no está de acuerdo con la decisión de redeterminación del Nivel 1. Envíe una copia del "Aviso de Redeterminación de Medicare" junto con su solicitud de reconsideración al QIC. La información que presentó en el Nivel 1 se enviará al QIC para su revisión. También puede enviar al QIC cualquier información adicional que pueda ayudar a su caso. Si envía información o pruebas después de que se presentó su solicitud de reconsideración, puede que el QIC tarde más en tomar una decisión. **Guarde una copia de todo lo que envíe a Medicare como parte de su apelación**.

En la mayoría de los casos, el QIC le enviará una decisión por escrito de reconsideración unos 60 días después de que reciba su solicitud de apelación (con excepciones para prórrogas si envía más pruebas o presenta tarde). Si el QIC no puede completar su reconsideración en 60 días, puede solicitar que su caso pase al siguiente nivel de apelación. Si esto ocurre, el QIC le enviará un aviso que explica sus opciones: (1) esperar a que el QIC emita una decisión, o (2) enviar su apelación a la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA). Si decide enviar su apelación a la OMHA, debe presentar una solicitud por escrito ante el QIC. El QIC puede ayudarle con lo que se necesita para esta solicitud.

Si no está de acuerdo con la decisión de reconsideración en el Nivel 2, tiene 60 días luego de recibir la carta de reconsideración del QIC para solicitar una decisión a la OMHA, que es el Nivel 3.

Nivel 3: Decisión de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA)

Si no está satisfecho con la decisión de reconsideración de QIC, puede solicitar a OMHA una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o, en algunos casos, una revisión del registro de apelación por un ALJ o un abogado adjudicador.

Una audiencia ante un ALJ le permite presentar su apelación a una nueva persona que revisará de manera independiente su apelación y escuchará su testimonio antes de tomar una decisión. Una audiencia del ALJ generalmente es por teléfono o videoconferencia, pero puede ser en persona si el ALJ encuentra que usted tiene una buena razón para hacerlo.

Puede pedirle a la OMHA que tome una decisión sin celebrar una audiencia (basada sólo en la información en su registro de apelación). Si hace esto, un ALJ o un abogado adjudicador revisará la información de su registro de apelación y emitirá una decisión. El ALJ o el abogado adjudicador también pueden emitir una decisión sin celebrar una audiencia si, por ejemplo, la información en su registro de apelación respalda una decisión completamente favorable.

Para obtener una audiencia o revisión por parte de OMHA, la cantidad de su caso debe cumplir con un monto mínimo en dólares. La cantidad mínima en dólares para 2026 es de $200 dólares. La carta de decisión de reconsideración de QIC puede incluir una declaración que indique si se estima que su caso cumple con la cantidad mínima en dólares. Sin embargo, la decisión final es del juez en lo administrativo. **Para cumplir con la cantidad mínima en dólares, puede combinar reclamaciones**.

¿Cómo puedo solicitar una apelación a un juez administrativo (ALJ)?

Siga las instrucciones de la carta de decisión de reconsideración del QIC que recibió del QIC en el Nivel 2 para pedir a la OMHA una audiencia ante un juez administrativo. Debe enviar su solicitud a las Operaciones Centrales de la OMHA. La dirección está en el aviso de reconsideración del QIC. Used o su representante pueden solicitar una audiencia de **una de estas maneras**:

- Completar un formulario de "Solicitud de audiencia o revisión de desestimación por parte de un juez de derecho administrativo" (OMHA-100), que se incluye con la carta de decisión de reconsideración de QIC. También puede obtener una copia visitando HHS.gov/about/agencies/omha/filing-an-appeal/forms o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
- Envíe una solicitud por escrito que incluya:
  - Su nombre, dirección, número de teléfono, número de Medicare. Si designó a un representante, incluye su nombre, dirección y número de teléfono.
  - El número de apelación incluido en la decisión de reconsideración de QIC, si tiene.
  - Las fechas de servicio de los artículos o servicios que apela. Su carta de decisión de reconsideración de MSN o QIC contendrá esta información.
  - Por qué no está de acuerdo con la decisión de reconsideración que está apelando.
  - Cualquier información que pueda aportar al caso. Si no la puede incluir esta, incluya una explicación de lo que planea enviar y cuándo lo enviará.

¿Cómo solicito una revisión de mi caso sin una audiencia?

Puede pedirle a la OMHA que tome una decisión sin celebrar una audiencia (basada sólo en la información en su registro de apelación). Para hacer esto, incluya uno de estos en su solicitud de apelación ante OMHA:

- El formulario de "Renuncia al Derecho a una Audiencia de Juez de Derecho Administrativo (ALJ)" (Formulario OMHA-104). Puede conseguir una copia visitando HHS.gov/about/agencies/omha/filing-an-appeal/forms.
- Una solicitud por escrito indicando que no desea comparecer ante un juez administrativo en una audiencia (por teléfono o videoconferencia), y por qué quiere renunciar a la audiencia.

Incluso si quiere renunciar a la audiencia del ALJ, ésta puede celebrarse si las otras partes en su caso (por ejemplo, su proveedor) no renuncian también a la audiencia del ALJ, o si el ALJ considera que es necesaria una audiencia para decidir su caso.

Si le ha solicitado a OMHA que tome una decisión sin una audiencia, pero el ALJ decide que es necesaria una audiencia, le informará cuándo esta se realizará. Si no se lleva a cabo una audiencia, un ALJ o un juez de arbitraje revisará la información en su registro de apelación y emitirá una decisión.

Guarde una copia de todo lo que envíe a Medicare como parte de su apelación. Para más información sobre el proceso de decisión de la OMHA, visite HHS.gov/about/agencies/omha/presenting-an-appeal/coverage-and-claims-appeals. Si necesita ayuda para presentar una apelación ante un ALJ, llama al 1-800-MEDICARE.

Si el ALJ no emite una decisión oportuna, puede pedir a la OMHA que traslade el caso al siguiente nivel de apelación enviando una solicitud a la OMHA a la dirección en el aviso de reconsideración del QIC.

Si no está de acuerdo con la decisión de OMHA, puede solicitar una revisión en el siguiente nivel de apelación por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare. Tiene 60 días desde que reciba la decisión de OMHA para solicitar una apelación en nivel 4.

Nivel 4: Revisión por el Consejo de Apelaciones de Medicare

Puede solicitar al Consejo de Apelaciones de Medicare que revise su caso, independientemente de la cantidad en efectivo.

¿Cómo puedo solicitar una revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare?

Para solicitar una apelación de Nivel 4, siga las instrucciones de la decisión de la OMHA que recibió en la apelación de Nivel 3.

Puede solicitar una revisión al Consejo de Apelaciones de Medicare de una de dos formas:

- Complete un **formulario de "Solicitud de Revisión de una Decisión/Desestimación de Medicare de un Juez Administrativo (ALJ)** (DAB-101). Para obtener una copia, visite HHS.gov/about/agencies/dab/different-appeals-at-dab/appeals-to-council/form, o llame al 1-800-MEDICARE para pedir una copia.

- Envíe una solicitud por escrito al Consejo de Apelaciones de Medicare que incluya:
  - Su nombre y número de Medicare. Si nombró a un representante, incluya su nombre.
  - Los artículos y/o servicios específicos, y las fechas específicas de servicio que está apelando. Consulta su **MSN** o su decisión de la OMHA para esta información.
  - Una declaración que identifique las partes de la decisión de la OMHA con las que no está de acuerdo y una explicación de por qué no está de acuerdo. Envíe una copia de su solicitud a su proveedor.
  - La fecha de la decisión de la OMHA.
  - Si solicita que su caso se traslade de la OMHA al Consejo de Apelaciones de Medicare porque la OMHA no emitió una decisión a tiempo, envíe su solicitud a la OMHA a la dirección en el aviso de reconsideración del QIC o a la oficina de la OMHA donde está pendiente la solicitud de audiencia o revisión (si sabe que su caso fue asignado a un adjudicador de la OMHA).

Guarde una copia de todo lo que envíe a Medicare como parte de su apelación. Para más información sobre el proceso de revisión del Consejo de Apelaciones, visite HHS.gov/about/agencies/omha/the-appeals-process/level-4/index.html. Si necesita ayuda para presentar una solicitud de revisión ante el Consejo de Apelaciones de Medicare, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Puede solicitar la revisión judicial en un tribunal federal de distrito (Nivel 5) si:

- La cantidad de su caso cumple una cantidad mínima en dólares. Para 2026, la cantidad mínima en dólares es de $1,960 dólares. Para cumplir con este monto en dólares, puede combinar reclamaciones.

  Y

- El Consejo de Apelaciones de Medicare no emite una decisión oportuna.

  O

- No está de acuerdo con la decisión del Consejo de Apelaciones de Medicare en el Nivel 4.

Tiene 60 días luego de recibir la decisión o aviso del Consejo de Apelaciones para solicitar una revisión judicial ante un Tribunal Federal de Distrito.

Nivel 5: Revisión judicial de un Tribunal Federal de Distrito

¿Cómo puedo solicitar una revisión judicial?

Siga las instrucciones de la carta del Consejo de Apelaciones de Medicare que recibió en el Nivel 4 para presentar una apelación en el Tribunal Federal de Distrito.

Para más información sobre el proceso de apelación

- Visite es.Medicare.gov/appeals.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Visite es.Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals para consultar formularios de apelación.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Médico (SHIP) para recibir asesoramiento gratis y personalizado en el seguro de salud, incluyendo ayuda con apelaciones. Para obtener el número de teléfono del SHIP en su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Qué es un Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario (ABN)?

Si tiene Medicare Original y su médico, otro proveedor de atención o suplidor piensa que probablemente (o ciertamente) Medicare no pagará por artículos o servicios, puede que le entregue un aviso escrito llamado ABN (Formulario CMS-R-131).

El ABN enumera los artículos o servicios que no se espera que Medicare pague, una estimación de los costos de dichos artículos y servicios, y las razones por las que Medicare puede no cubrir. El ABN le proporciona información para que tome una decisión informada sobre adquirir artículos o servicios, **le informa que puede que tenga que pagarlos usted**.

Se le solicitará que seleccione una opción del cuadro y que firme el aviso para indicar que lo ha leído y comprendido. Debe seleccionar una de las siguientes opciones:

- **Opción 1—**Quiere los artículos o servicios que Medicare puede no cubrir. Su proveedor o suplidor puede pedirle que los pague ahora, pero usted también quieres que su proveedor presente una reclamación a Medicare por los artículos o servicios.

  Si Medicare niega el pago de la reclamación, usted es responsable de pagar, pero puede apelar la reclamación denegada ante Medicare. Si Medicare paga, el proveedor o suplidor le devolverá los pagos que realizó (menos los copagos y deducibles que pagó).
- **Opción 2—**Quiere los artículos o servicios que Medicare puede no cubrir, pero no quiere que su proveedor o proveedor presente una reclamación a Medicare. Puede que le pidan que pague por los artículos o servicios ahora, pero como pidió a su proveedor o suplidor que no presente una reclamación a Medicare, no puede presentar una apelación.
- **Opción 3—**No desea los artículos o servicios que Medicare no puede pagar, y no es responsable de ningún pago. No se presenta una reclamación a Medicare y usted no puede presentar una apelación.

Un ABN no es una negación oficial de cobertura de Medicare. Si se deniega el pago al presentar una reclamación, tiene derecho a presentar una apelación.

Otros tipos de avisos anticipados de no cobertura

- **"Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario en centro de Enfermería Especializada"**

  Un **centro de enfermería especializada** emitirá un "Aviso Anticipado de No Cobertura para Beneficiario de Centro de Enfermería Especializada" (Formulario CMS-10055) si hay motivos para creer que Medicare puede no cubrir o seguir cubriendo su cuidado o estancia porque no es razonable ni necesario, o se considera **cuidado a largo plazo** no médico.

  Si elige obtener servicios que **la Parte A de Medicare (seguro hospitalario)** puede no cubrir, no tendrá que pagar por estos servicios hasta que se presente una reclamación y Medicare deniegue oficialmente el pago. Sin embargo, mientras se tramita la reclamación, tiene que seguir pagando costos que normalmente tendría que asumir, como el **coseguro** diario y los costos de servicios y suministros que Medicare generalmente no cubre.

  El centro de enfermería especializada puede usar el "Aviso Anticipado de No Cobertura para Beneficiarios de Centros de Enfermería Especializada" y cobrar dinero de usted ahora para artículos o servicios de **la Parte B de Medicare Seguro médico)**. Si Medicare paga, el centro de enfermería especializada reembolsará cualquier pago que realizó, excepto copagos o deducibles.

- **"Hospital emitió aviso de no cobertura" (HINN)**

  Los hospitales usan un "Aviso de No Cobertura Emitido por Hospital" cuando Medicare puede no cubrir total o parcialmente su atención hospitalaria de ingreso o, en algunos casos, servicios relacionados con la Parte B. Este aviso informa por qué el hospital considera que Medicare no pagará y cuánto es posible que deba pagar usted si sigue recibiendo servicios. Existen 4 tipos de "Avisos de No Cobertura Emitidos por Hospitales":

  - Preadmisión/Admisión
  - Revisión solicitar por el hospital
  - Servicios no cubiertos durante la estancia cubierta
  - Estancia Continua Sin Cobertura

Servicios y suministros que Medicare generalmente no cubre

Los médicos, otros proveedores de **atención médica** y **proveedores** no están obligados (aunque aún pueden hacerlo) a darle un ABN para servicios que Medicare generalmente no cubre, como:

- Servicios dentales
- Aparatos de asistencia auditiva
- Examen oftalmológico de rutina
- Cuidados rutinarios del pie

¿Qué avisos dan las agencias de cuidado de salud en el hogar?

Las agencias de cuidado de salud en el hogar están obligadas a entregar avisos escritos a las personas con **Medicare Original**, incluyendo:

Aviso de Cambio en el Cuidado de Salud en el hogar

Su agencia de cuidado de salud en el hogar debería darle este aviso por escrito cuando su plan de cuidado de salud en el hogar cambie por uno de estos motivos:

- La agencia de cuidado de salud en el hogar toma la decisión comercial de suspender la prestación de algunos o de la totalidad de sus servicios o suministros de cuidado de salud en el hogar.
- Su médico cambió sus órdenes, lo que puede reducir o dejar de ofrecerle ciertos servicios o suministros de cuidado de salud en el hogar

El "Aviso de Cambios del Cuidado de Salud en el Hogar" enumera los servicios o suministros que se modificarán y le da instrucciones sobre qué puede hacer si no está de acuerdo con el cambio.

La agencia de cuidado de salud en el hogar no está obligada a darle un "Aviso de Cambios del Cuidado de Salud en el Hogar" cuando emite el "Aviso de No Cobertura de Medicare".

Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario (ABN)

Cuando una agencia de cuidado de salud en el hogar considera que Medicare puede no cubrir ciertos artículos y servicios de cuidado de salud en el hogar ni todo su cuidado de salud en el hogar, la agencia debería darle un "Aviso Anticipado de No Cobertura al Beneficiario" (ABN). Vaya a la página 13 para más información sobre el ABN.

Las agencias de cuidado de salud en el hogar están obligadas a otorgarle un ABN si su atención se reduce o se suspende, o antes de que reciba cualquier artículo o servicio que Medicare no pueda cubrir porque:

- No se consideran médicamente razonables y necesarios.
- Es cuidado de largo plazo no médico
- No está confinado a su casa.
- No necesita cuidado de enfermería especializada intermitente.

"Aviso de no cobertura de Medicare" (NOMNC)

Su agencia de cuidado de salud en el hogar le brindará un NOMNC cuando todos los servicios cubiertos por Medicare estén terminando. Este aviso le indicará cuándo finalizarán los servicios y cómo **apelar** si cree que los servicios terminan demasiado pronto. Este aviso también le indica cómo contactar a su **Organización de Mejora de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)** para solicitar una apelación rápida. Si no recibe este aviso, pídalo. Para más información, visite su BFCC-QIO **CMS.gov/MEDICARE/QUALITY/QUALITY-improvement-organizations/family-centered-care**.

Si decide solicitar una apelación rápida, debe llamar a la BFCC-QIO dentro de los plazos que figuran en el aviso. Después de solicitar una apelación rápida, obtendrá un segundo aviso con más información sobre por qué se terminan sus servicios. El BFCC-QIO puede preguntarte sobre su atención. Para ayudar en su caso, pide a su médico información para enviar al BFCC-QIO.

"Explicación detallada de no cobertura"

Su agencia de cuidado de salud en el hogar le dará este aviso cuando el BFCC-QIO le informe que solicitar una revisión BFCC-QIO de su caso. El aviso explicará por qué la agencia de cuidado de salud en el hogar cree que Medicare dejará de pagar su cuidado de salud en el hogar.



Sección 4:

Presenta una apelación ante un Plan de Salud de Medicare

Los **Planes Medicare Advantage** y los Planes de Costo Medicare son opciones de plan de salud aprobadas por Medicare y gestionadas por compañías privadas. Cuando se une a un Plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare, sigue estando en Medicare.

Si tiene un Plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare, tiene derecho a pedirle a su plan que proporcione o pague por artículos o servicios que crea que debería cubrir, proporcionar o continuar. También tiene derecho a solicitar una **apelación** para resolver diferencias con su plan. Su Plan Medicare Advantage u otro plan de salud Medicare le enviará información que explique sus derechos. Llame a su plan si tiene preguntas.

Nota: Consulte las páginas 40–43 para las definiciones de palabras **azules**

Los Planes de Costo de Medicare son tipos de Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO) disponibles en determinadas zonas del país. Si tiene un Plan de Costos de Medicare y quiere apelar servicios que obtuvo fuera de la red del plan, seguirá el proceso de apelaciones de **Medicare Original**. Vaya a la página 5.

Si está en un Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE), sus derechos de **apelación** pueden ser diferentes. La organización PACE le dará información escrita sobre sus derechos de apelación.

Si decide presentar una apelación, pregunte a su médico, otro proveedor de cuidado de salud o **proveedor** cualquier información que pueda ayudar a su caso. **Guarde una copia de todo lo que envíe a su plan como parte de tu apelación**.

¿Cómo puedo presentar una apelación en un Plan Medicare Advantage?

Solicitar una determinación de organización

Tiene derecho a pedirle a su plan que proporcione o pague por artículos, servicios o medicamentos de la Parte B que crea que debería cubrir, proporcionar o continuar. La decisión del plan se denomina "determinación de la organización". Usted, su representante o su proveedor de atención médica pueden solicitar una determinación de la organización de su plan con anticipación para asegurarse de que los servicios están cubiertos. Su plan debe tramitar su solicitud de cobertura anticipada en un plazo de 72 horas para medicamentos de la Parte B, 7 días para artículos y servicios que su plan requiera autorización previa, o 14 días para todos los demás artículos y servicios. Estas determinaciones de la organización deben procesarse tan rápido como lo requiera su salud. En algunos casos, el plazo para completar las apelaciones puede extenderse hasta 14 días. Por ejemplo, si su plan necesita más información de parte de un proveedor fuera de contrato para tomar una decisión sobre su caso y la extensión no lo perjudica. Su plan le notificará por escrito si decide pedir una prórroga, el motivo y sus derechos si no está de acuerdo con su decisión.

Si cree que su salud podría verse gravemente afectada por esperar el plazo estándar para una decisión, dependiendo del tipo de solicitud (o 72 horas para una solicitud Parte B de los medicamentos), pida a su plan una decisión rápida o "acelerada". El plan debe informarle de su decisión en un plazo de 24 horas para medicamentos de la Parte B o 72 horas para artículos y servicios cuando determine, o su médico indique a su plan, que esperar una decisión estándar puede poner seriamente en peligro su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima.

Luego de recibir un artículo, servicio o medicamento de la Parte B que crea que su plan debería cubrir, usted o su proveedor de salud puede pedir a su plan que lo pague. Su plan debe procesar estas solicitudes de pago en un plazo de 60 días.

Si el plan no cubre los artículos, servicios o medicamentos de la Parte B que solicita, recibirá un aviso explicando por qué su plan denegó total o parcialmente su solicitud, e instrucciones sobre cómo apelar la decisión de su plan y solicitar una reconsideración. Si apela la decisión del plan, puede que quiera pedir una copia de su expediente que contenga información médica y de otro tipo sobre su caso. Su plan puede cobrar por esta copia.

Si no está de acuerdo con la determinación de su plan sobre la organización, puede presentar una apelación. El proceso de apelación tiene cinco niveles.

Nivel 1: Reconsideración por parte de su plan

Nivel 2: Revisión a cargo de una Entidad de revisión independiente (IRE)

Nivel 3: Decisión de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA)

Nivel 4: Revisión a cargo del Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones)

Nivel 5: Revisión judicial de un Tribunal Federal de Distrito

Si no está de acuerdo con la decisión tomada en alguno de los niveles del proceso, por lo general puede pasar al siguiente nivel. En cada nivel, recibirá instrucciones sobre cómo pasar al siguiente nivel de atractivo.

Nivel 1: Reconsideración de su plan

Las apelaciones de Nivel 1 en un **Plan Medicare Advantage** se denominan "Reconsideraciones de Planes de Salud". Si no está de acuerdo con la decisión inicial de su plan, usted o su representante puede solicitar una reconsideración. Siga las instrucciones del aviso inicial de denegación y los materiales del plan para iniciar su apelación. Si su apelación es por un servicio que aún no ha recibido, su médico puede solicitar una reconsideración en su nombre (y debe informarle).

Usted o su representante debe presentar una **apelación** en un plazo de 65 días desde la fecha del aviso inicial de denegación enviado por su plan. Si no cumple con el plazo, debe dar una razón para presentar la solicitud tarde.

Incluya esta información en su apelación:

- Su nombre, dirección y el número de Medicare que aparece en su tarjeta de Medicare
- Los artículos o servicios que está apelando, las fechas del servicio y los motivos por los que está apelando.
- El nombre de su representante y comprobante de representación, si ha designado uno.
- Cualquier otra información (como una nota del médico) que pueda hacer su apelación más persuasiva.

También debe incluir cualquier información que pudiera aportar al caso. Conserve una copia de todo lo que envía a su plan como parte de su apelación.

Si cree que su salud podría verse gravemente perjudicada por esperar el tiempo estándar para una decisión, pida a su plan una apelación rápida o "acelerada". El plan debe decidir dentro de las 72 horas si determina que esperar una decisión estándar podría poner en peligro serio su vida, su salud o su capacidad de recuperar sus funciones al máximo, o si así se lo informa su médico al plan.

El tiempo que su plan tiene para responder a su apelación inicial depende del tipo de apelación que esté presentando:

Proceso estándar:

- Apelación previa al servicio: 30 días*
- Apelación de pago: 60 días
- Apelación de medicamentos de la Parte B: 7 días*

Apelación rápida: 72 horas

*Estas reconsideraciones deben procesarse tan rápido como su salud lo requiera.

El plazo para completar las apelaciones puede extenderse hasta 14 días en algunos casos. (Por ejemplo, si su plan necesita más información de un proveedor no contratado para toma una decisión sobre su caso, y la prórroga es lo mejor para usted.) Su plan le notificará por escrito si decide tomar una prórroga, el motivo y sus derechos si no está de acuerdo con su decisión.

Si el plan falla en su contra (total o parcialmente), su apelación es **automáticamente** enviada al Nivel 2.

Nivel 2: Revisión a cargo de una Entidad de revisión independiente (IRE)

Si su plan confirma la denegación de su apelación de Nivel 1, automáticamente remitirán su decisión de reconsideración a una Entidad Independiente de Revisión (IRE) para iniciar una apelación de Nivel 2.

El tiempo de respuesta de la IRE depende del tipo de apelación.

Proceso estándar:

- Apelación previa al servicio: 30 días
- Apelación de pago: 60 días
- Medicamentos de la Parte B: 7 días

Apelación rápida: 72 horas

El plazo para completar las apelaciones puede extenderse hasta 14 días en algunos casos. Por ejemplo, si el IRE necesita más información de su plan para tomar una decisión sobre el caso, y la prórroga es lo mejor para usted. El IRE le notificará por escrito si decide solicitar una prórroga.

Obtendrá una decisión rápida si la IRE determina que su vida o su salud pueden correr peligro si espera una decisión.

Si no está de acuerdo con la decisión del IRE en el Nivel 2:

Tiene 60 días desde la fecha en que reciba la decisión del IRE para solicitar una apelación de Nivel 3, que es una decisión de la OMHA.

Nivel 3: Decisión de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA)

Si presenta un recurso ante la OMHA, la cantidad de su caso debe alcanzar una cantidad mínima en dólares. Para 2026, la cantidad mínima en dólares es de $200.

Puede solicitar una audiencia ante un juez de derecho administrativo (ALJ) o, en determinadas circunstancias, si no desea tener una audiencia, puede solicitar una revisión oficial de su apelación por parte de un ALJ o un abogado adjudicador. Para solicitar una audiencia ante un ALJ, siga las instrucciones del "Aviso de Reconsideración de Medicare" que recibió del IRE en su apelación de Nivel 2.

Una audiencia ante un ALJ le permite presentar su apelación a una nueva persona que revisará de manera independiente los hechos de su apelación y escuchará su testimonio antes de tomar una decisión. Una audiencia con un juez de derecho administrativo (ALJ) generalmente se lleva a cabo por teléfono o videoconferencia, pero también se puede llevar a cabo en persona si el ALJ determina que usted tiene una buena razón para ello.

Usted o su representante pueden solicitar una audiencia de una de estas maneras:

- Complete un **Formulario de "Solicitud de Audiencia de Medicare por un Juez de Derecho Administrativo"**.
- Envíe una solicitud por escrito, que debe incluir:
  - Su nombre, dirección, número de teléfono y número de Medicare. Si designó a un representante, incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono del representante.
  - El número de apelación asignado por el QIC, si corresponde.
  - Las fechas de servicio por los artículos o servicios que apela.
  - Por qué no está de acuerdo con la decisión del QIC.
  - Toda información que pueda ayudar en su apelación. Si no puede incluir esta información en su solicitud, incluya un detalle de lo que planea enviar y cuándo lo estará enviando.

Presente una apelación en línea ante OMHA visitando **HHS-ecape-portal.entellitrak.com**.

Obtenga más información sobre el proceso de audiencia de un ALJ en **HHS.gov/about/agencies/omha/filing-an-appeal/faqs/requesting-an-alj-hearing**, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo solicito una revisión de mi caso sin una audiencia?

Puede pedirle a la OMHA que tome una decisión sin celebrar una audiencia (basada sólo en la información en su registro de apelación). El ALJ o el abogado adjudicador también pueden emitir una decisión sin celebrar una audiencia si el expediente de apelación respalda una decisión que está totalmente a su favor.

Para pedirle a la OMHA que tome una decisión sin una audiencia (basándose solo en la información en su registro de apelación), presente la información requerida para una audiencia de ALJ (enumerada antes) **y** una de las siguientes:

- El formulario "Renuncia al Derecho a una Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ)" (Formulario OMHA-104). Para descargar el formulario, visite HHS.gov/about/agencies/omha/filing-an-appeal/forms.
- Una solicitud por escrito que indique que no desea comparecer ante un ALJ en una audiencia (incluida una audiencia realizada por teléfono o videoconferencia).

Incluso si renuncia a la audiencia del ALJ, un ALJ puede celebrar una audiencia si las otras partes en su caso a las que se les envió un aviso de audiencia (por ejemplo, su proveedor) no renuncian a la audiencia ante el ALJ, o si el ALJ cree que es necesaria una audiencia para decidir su caso.

Si le ha solicitado a OMHA que tome una decisión sin una audiencia, pero el ALJ decide que es necesaria una audiencia, le informarán cuándo ésta se realizará. Si no se lleva a cabo una audiencia, un ALJ o un juez adjudicador revisará la información en su registro de apelación y tomará una decisión.

Puede solicitar pasar a apelaciones de Nivel 4 si:

- OMHA no emite una decisión a tiempo.
- Usted no está de acuerdo con la decisión de la OMHA.

Tienes 60 días desde que reciba la decisión para solicitar apelaciones de nivel 4. Seguirá las instrucciones de la decisión del ALJ sobre la audiencia.

Nivel 4: Revisión por el Consejo de Apelaciones de Medicare

Puede pedir al Consejo de Apelaciones de Medicare que revise su caso, independientemente de la cantidad en dólares.

Puede solicitar la revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare de una de dos formas:

- Complete el formulario "Solicitud de Revisión de un Juez Administrativo (ALJ) Decisión/Desestimación de Medicare": HHS.gov/sites/default/files/dab101.pdf
- Envíe una solicitud por escrito al Consejo de Apelaciones que incluya:
  - Su nombre y número de Medicare. Si designó a un representante, incluya el nombre de su representante.
  - Los artículos o servicios y las fechas de servicio específicos que apela.
  - Una declaración describiendo en qué no está de acuerdo en la decisión del ALJ y por qué.
  - La fecha de la decisión del ALJ.
  - Si solicita que su caso se traslade del ALJ al Consejo de Apelaciones porque el ALJ no ha emitido una decisión oportuna, envíe su solicitud a la dirección de OMHA en el aviso de reconsideración del Contratista Independiente Calificado (QIC), o si sabe que su caso fue asignado a un juez de OMHA, a la oficina de audiencias en la que está pendiente.

Para más información sobre el proceso de revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare, visite HHS.gov/ABOUT/AGENCIES/DAB/DIFFERENT-APPEALS-AT-DAB/APPEALS-TO-COUNCIL o llámenos al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Nivel 5: Revisión judicial de un Tribunal Federal de Distrito

Puede solicitar revisión judicial en un Tribunal Federal de Distrito (nivel 5) si:

- El Consejo de Apelaciones no emite una decisión oportuna.
- No está de acuerdo con la decisión del Consejo de Apelaciones en el Nivel 4.
- La cantidad de su caso cumple una cantidad mínima en dólares. Para 2026, la cantidad mínima en dólares es de $1,960 dólares. Para cumplir con este monto en dólares, puede combinar reclamaciones.

Tiene 60 días desde que reciba la decisión del Consejo de Apelaciones para solicitar una revisión judicial por parte de un tribunal federal de distrito.

¿Cómo solicitar una revisión?

Siga las instrucciones de la carta de decisión del Consejo de Apelaciones que recibió en el Nivel 4 para presentar una queja en el Tribunal Federal de Distrito.

Para más información sobre el proceso de apelación

- Visite es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/medicare-health-plans.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Visite es.Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/appeals para los formularios de apelación.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda con apelaciones. Para obtener el número de teléfono del SHIP en su estado, visite shiphelp.org, o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Cómo presento una querella (queja formal)?

Si tiene preocupaciones o problemas con su Plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare que no impliquen proporcionar o pagar artículos o servicios, puede presentar una queja, también conocida como reclamación.

- Si su preocupación tiene que ver con la calidad de la atención que recibe o está recibiendo, puede presentar una queja ante su plan y/o su BFCC-QIO. Puede visitar CMS.gov/medicare/quality/quality-improvement-organizations/family-centered-care o llamar 1-800-MEDICARE para obtener el número de teléfono de la BFCC-QIO.
- Por ejemplo, puede presentar una queja ante su plan de salud de Medicare si:
  - Cree que los horarios de atención al cliente de su plan deberían ser diferentes.
  - Cree que no hay suficientes especialistas en el plan para cubrir sus necesidades (pero no está pidiendo visitar a un especialista fuera de la red, lo que requiere la determinación de la organización).

- La compañía que ofrece su plan le envía materiales que no pidió recibir y que no están relacionados con tu plan.
- El plan no tomó una decisión sobre una reconsideración dentro del plazo requerido.
- El plan no envió su caso al IRE.
- No está de acuerdo con la decisión del plan de no conceder su solicitud de apelación rápida, o no está de acuerdo con la decisión del plan de ampliar el plazo para tomar su decisión.
- El plan no proporcionaba los avisos requeridos.
- Los avisos del plan no cumplen las normas de Medicare.

Cuando se une a un Plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare, el plan le enviará información sobre cómo presentar quejas en sus materiales de membresía. Lea la información con atención y guárdela donde pueda encontrarla si la necesita. Si tiene preguntas, llame a su plan.



Sección 5:

Su derecho a una apelación acelerada

Tiene derecho a una apelación acelerada (rápida)

Tiene derecho a una apelación rápida en algunas situaciones.

Si está hospitalizado y el hospital decide que su estadía termina, le darán un aviso escrito llamado “Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” (o “Mensaje importante de Medicare” o “IM”). Recibirá este aviso antes de terminar sus servicios y le indicará cómo solicitar una apelación rápida. Si no le dan este aviso, pídalo. Este aviso enumera la información de contacto de la **Organización para la Mejora de la Calidad de la Atención Centrada en Beneficiarios y la Familia (BFCC-QIO)** y explica:

- Su derecho a recibir todos los servicios de hospital médicamente necesarios
- Su derecho a participar en las decisiones que el hospital, su médico u otra persona tome sobre sus servicios de hospital y a saber quién los pagará.
- Su derecho a recibir los servicios que necesita después de retirarse del hospital
- Su derecho a apelar una decisión de darle de alta y los pasos para apelar la decisión

Nota: Consulte las páginas 40–43 para las definiciones de palabras **azules**

- Las circunstancias en las que tendrá que pagar cargos o no por permanecer en el hospital
- Información sobre su derecho a recibir un aviso detallado sobre los motivos por los que se interrumpen sus servicios cubiertos

Puede tener derecho a solicitar una apelación rápida si cree que sus servicios de uno de estos proveedores están terminando demasiado pronto

- Hospitalización
- Centro de enfermería especializada (SNF)
- Agencia de salud en el hogar (HHA)
- Centro de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF)
- Hospicios

Su proveedor le dará un Aviso de No Cobertura de Medicare (NOMNC) indicándole cómo solicitar una apelación rápida. Deberá leer este aviso con atención. Si no recibe este aviso, pídalo a su médico. Con una **apelación** acelerada, un revisor independiente, llamado **Organización de Mejora de la Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)**, decidirá si sus servicios cubiertos deben continuar.

¿Qué debo saber antes de solicitar una apelación acelerada?

En un hospital: Dentro de los 2 días después a su ingreso y antes de su alta, deberá recibir un aviso titulado "Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos." Este aviso a veces se denomina el "Mensaje Importante de Medicare" o el "IM". Si no recibe este aviso, pídalo.

Si el hospital le da la IM más de 2 días antes de su día de alta, debe darle una copia de su IM original firmado o darle uno nuevo (que debe firmar) antes de que le den el alta.

En otros entornos: deberá recibir un aviso llamado "Aviso de No Cobertura de Medicare" al menos 2 días antes de que finalicen los servicios cubiertos. Si no recibe este aviso, pídalo.

En hospitales u otros entornos, el aviso que reciba incluirá:

- Su derecho a apelar y los pasos para apelar
- Las circunstancias en las que tendrá que pagar o no por los servicios que reciba después de la fecha de finalización de la cobertura en su aviso.
- La fecha en la que finalizan los servicios cubiertos
- Información sobre su derecho a recibir un aviso detallado sobre los motivos por los que se interrumpen sus servicios cubiertos
- Su derecho a una apelación rápida y a información sobre cómo contactar con la Organización de Mejora de la Calidad de la Atención Basada en Beneficiarios y la Familia (BFCC-QIO) de su estado. El BFCC-QIO se administra para Medicare por Livanta o Acentra, dependiendo del estado en el que viva. Consulta **Commencehealthqio.cms.gov/** o **Acentraqio.com/** para asegurarse de que contacta la organización adecuada para su estado.

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

En el hospital: Siga las instrucciones del Mensaje Importante de Medicare a más tardar el día que le den el alta hospitalaria.

Si solicita su **apelación** dentro de este plazo, puede permanecer en el hospital mientras espera la decisión de la **Organización de Mejora de la Calidad de la Atención Beneficiaria y Familiar (BFCC-QIO)**. No tendrá que pagar su estancia (excepto por los coseguros o deducibles aplicables). Si pierde el plazo para una apelación rápida, aún puede pedir al BFCC-QIO que revise su caso, pero se aplican reglas y plazos diferentes, y podría ser responsable del costo de la estancia hospitalaria luego del día original en que el hospital intenta darle el alta.

En otros entornos: Siga las instrucciones del "Aviso de no cobertura de Medicare" a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha de terminación en el aviso.

Si no cumple con el plazo para solicitar una apelación acelerada al BFCC-QIO, puede solicitar una reconsideración rápida de su plan, pero los servicios solo estarán cubiertos si se emite una decisión a su favor.

¿Qué sucederá durante la revisión de la BFCC-QIO?

En un hospital: El BFCC-QIO notificará al hospital. Si tiene un plan de salud de Medicare, la BFCC-QIO se lo notificará a su plan y al hospital. A continuación, antes del mediodía del día siguiente al que la BFCC-QIO notifique al hospital (o a su plan), el hospital le entregará un "Aviso detallado de alta."

En otros entornos: el BFCC-QIO notificará al proveedor. Luego, al final del día en que el proveedor reciba el aviso del BFCC-QIO, este le dará una "Explicación Detallada de la No Cobertura".

En hospitales u otros entornos, el aviso que reciba incluirá:

- Por qué sus servicios ya no son razonables ni necesarios, o ya no tienen cobertura
- Una descripción de la póliza o regla de cobertura de Medicare vigente, incluida la información sobre cómo puede obtener una copia de la póliza.
- Cómo se aplica la póliza o regla de cobertura vigente a su situación en particular

También puede solicitar copias de cualquier material que se enviaron a la BFCC-QIO.

En todos los casos, la BFCC-QIO:

- Le preguntará por qué considera que debe continuar la cobertura de los servicios;
- Revisará sus historiales médicos y la información dada por el hospital, proveedor o su plan
- Tomará una decisión:
  - **En un hospital:** En el plazo de un día a partir de recibir la información solicitada.
  - **En otros entornos:** Al final del día siguiente de recibir la información que necesita para tomar una decisión.

¿Qué implica la decisión de la BFCC-QIO para mi apelación?

En un hospital:

- Si deciden que sus servicios **terminan demasiado** pronto: Medicare seguirá cubriendo (excepto **coseguros** o deducibles aplicables) su estancia hospitalaria mientras sea médicamente necesario. Si contrata algún servicio hospitalario de ingreso luego del mediodía de ese día, puede que tenga que pagarlos.
- Si deciden que sus servicios **deben terminar**: Si cumplió con el plazo para solicitar una apelación rápida, no será responsable de pagar los gastos hospitalarios (excepto los coseguros o deducibles aplicables) que tenga hasta el mediodía del día siguiente a que la **BFCC-QIO** dé su decisión. Si tiene algún servicio hospitalario para pacientes ingresados luego del mediodía de ese día, puede que tenga que pagarlos.

En otros entornos:

- Si deciden que sus servicios **terminan demasiado pronto:** Depende de sus necesidades, Medicare puede seguir cubriendo su **centro de enfermería especializada**, agencia de cuidado de salud en el hogar, centro de rehabilitación ambulatoria u **hospicio** (excepto coseguros o deducibles aplicables).
- Si deciden que sus servicios deben terminar: No será responsable de pagar ningún centro de enfermería especializada, agencia de cuidado de salud en el hogar o ambulatorio integral, centros de rehabilitación, o servicios de hospicio proporcionados antes de la fecha de finalización de la cobertura en el "Aviso de No Cobertura de Medicare." Si continúa recibiendo servicios después de la fecha de finalización de la cobertura, tendrá que pagar esos servicios.

Si tiene alguna pregunta sobre apelaciones rápidas, llama a la BFCC-QIO al número de teléfono que aparece en el aviso que recibe del centro. También puede visitar CMS.gov/organizaciones de salud/calidad/mejora de calidad/atención centrada en la familia o llamar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de la BFCC-QIO. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Apelar cuando un hospital cambie su estatus de "hospitalizado" a "ambulatorio recibiendo servicios de observación"

Tiene derecho a solicitar una apelación rápida si fue ingresado como hostilizado y su estatus cambió a "ambulatorio recibiendo servicios de observación" durante su visita. Su condición hospitalaria afecta cuánto paga y si Medicare cubrirá la atención de enfermería especializada después de que salga del hospital.

Si su estado cambia de "hospitalizado" a "ambulatorio recibiendo servicios de observación" durante su estancia hospitalaria, debería recibir un "Aviso de Cambio de Estado de Medicare (CMS-10868)" antes de salir del hospital. Si no recibe este aviso, pídalo. Este aviso explica:

- Su estancia hospitalaria se facturará a la Parte B de Medicare en lugar de la **Parte A**. Dependiendo del coseguro de la Parte B que deba como paciente ambulatorio, su factura hospitalaria puede ser menor o superior al deducible de la Parte A para pacientes ingresados.
- Su estancia se facturará como paciente ambulatorio si no tiene la Parte B de Medicare. Esto significa que el hospital le cobrará el costo total de su estancia ambulatoria en el hospital.
- Medicare no paga si va a un **centro de enfermería especializada** luego de salir del hospital.
- Su derecho a una apelación rápida y a información sobre cómo contactar su **BFCC-QIO** estatal para solicitar una apelación rápida. El BFCC-QIO se gestiona para Medicare por Begin Health o Acentra, dependiendo del estado en el que viva. Consulte sus sitios web para asegurarse de que contacta la organización adecuada para su estado.
- Si tiene preguntas sobre la facturación, pídale más información al hospital.

¿Qué sucede después de presentar una apelación?

Cuando la BFCC-QIO obtenga su apelación, hará lo siguiente:

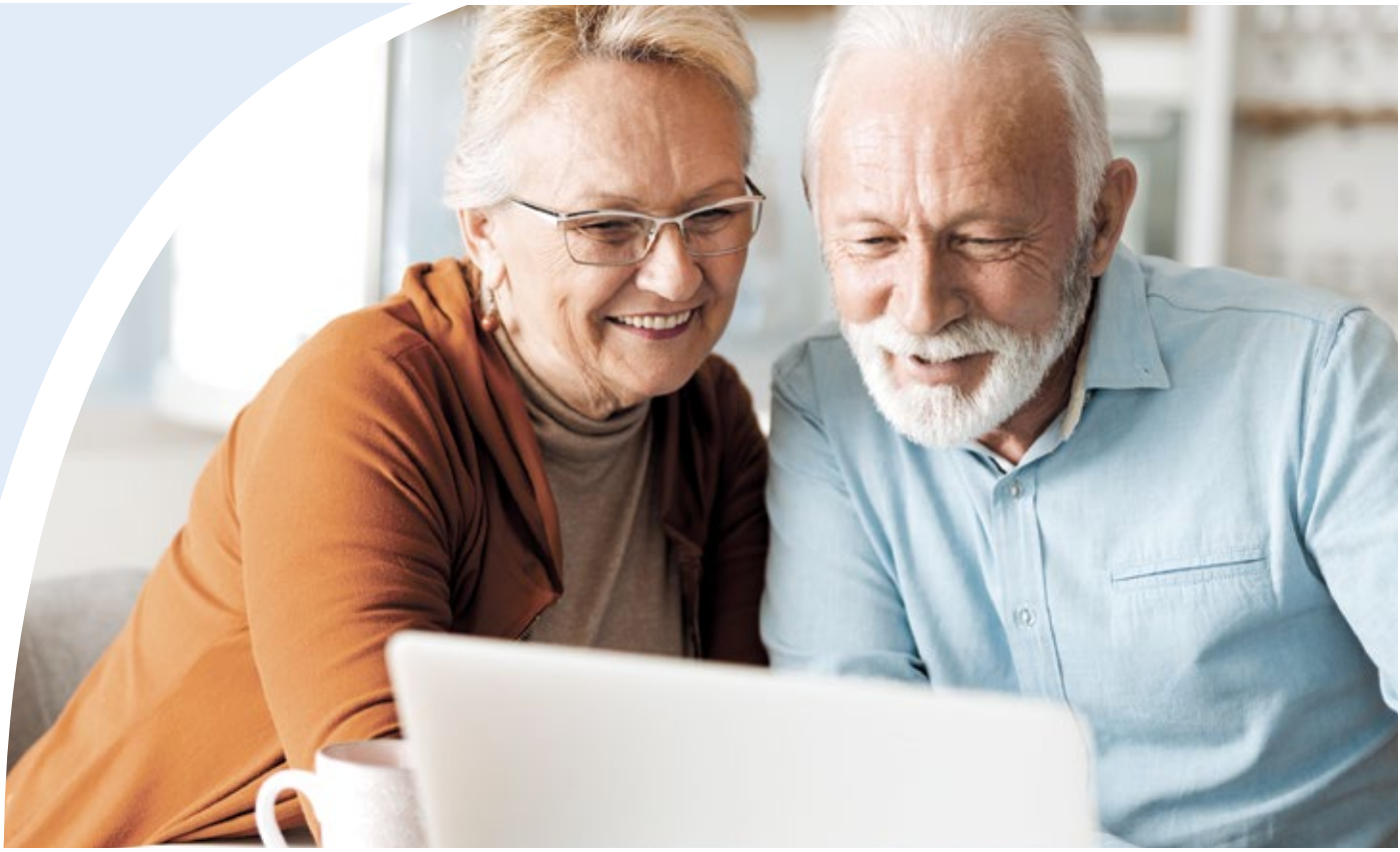
- Informar al hospital que ha presentado una apelación.
- Solicitar al hospital su historia clínica y cualquier información relevante.
- Permitir que el hospital explique por qué es adecuado el cambio de estado de paciente internado a paciente ambulatorio que recibe servicios de observación.
- Analizar su historia clínica y la información proporcionada por el hospital.
- Tomar una decisión y le informa de lo que decidieron unos dos días después de que presentó su apelación.

Puede solicitar copias de cualquiera de los materiales que se enviaron a la BFCC-QIO.

¿Qué sucede cuando se toma una decisión sobre mi apelación?

La BFCC-QIO le notificará a usted y al hospital una vez que se decida su apelación.

- **Si se decide que su estado no debería haber cambiado:** usted será responsable de pagar el deducible para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare. Puede calificar para una estancia en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare dentro de los 30 días posteriores a su alta de esta estancia en el hospital (si se cumplen otros requisitos de cobertura).
- **Si se decide que su estado debería haber cambiado:** usted será responsable de pagar los costos de la Parte B de Medicare (si tiene la Parte B de Medicare). Si no tiene la Parte B de Medicare, es posible que deba asumir el costo total de su estancia en el hospital como paciente ambulatorio. No calificará para una estancia cubierta por Medicare en un centro de enfermería especializada después de salir del hospital.



Sección 6:

Presentar una apelación con la cobertura de medicamentos de Medicare

Si tiene cobertura de medicamentos de Medicare a través de un **plan de medicamentos** de Medicare, un **plan Medicare Advantage** con cobertura de medicamentos (también conocido como MA-PDs) u otro plan de Medicare, su plan le enviará información que explique sus derechos (llamada "Evidencia de Cobertura"). Llame a su póliza si tiene preguntas sobre su "Prueba de Cobertura".

Tiene derecho a pedir a su plan que provea o pague un medicamento que cree que debería cubrir, proveer o continuar. Tiene derecho a solicitar una **apelación** si no está de acuerdo con la decisión de su plan sobre si proveer o pagar un medicamento.

Nota: Consulte las páginas 40–43 para las definiciones de palabras **azules**

Si su plan limitó su acceso a ciertos medicamentos bajo su programa de gestión de medicamentos, puede apelar la decisión del plan. Si apela, su plan revisará su caso y le dará una decisión.

Si decide apelar, pregunte a su médico u otro profesional de salud cualquier información que pueda ayudar en su caso. Guarde una copia de todo lo que envía a su plan como parte de su apelación.

¿Qué sucede si mi plan no cubre un medicamento que considero necesario?

Si su farmacéutico le dice que su plan de la Parte D no cubrirá un medicamento que cree que debería cubrir, o que cubrirá el medicamento a un costo superior al que cree que debería pagar, le dará un aviso para solicitar una determinación de cobertura. Tiene estas opciones:

- **Hable con el médico que prescribe.**

  Pregunte a su prescriptor si cumple con los requisitos de autorización previa o de terapia escalonada. Para información de los requisitos, visite **es.Medicare.gov** o llame 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede preguntar al profesional que emite recetas si existen medicamentos genéricos, de venta libre o medicamentos no genéricos más económicos que pueden tener el mismo efecto que los que está tomando.

- **Pida una determinación de cobertura (incluyendo "excepciones").**

  Usted, su representante, médico u otro prescriptor pueden solicitar (oralmente o por escrito) que su plan cubra la receta que necesita. Puede solicitar una determinación de cobertura si su farmacéutico o plan le indica una de estas:

  - Un medicamento que cree que debería estar cubierto no está cubierto
  - Un medicamento está cubierto a un costo más alto del que cree que debería pagar
  - Tiene que cumplir una norma de cobertura del plan (como la autorización previa) antes de poder obtener el medicamento
  - No cubrirá un medicamento de la lista de medicamentos de su plan (formulario).

Usted o su representante puede solicitar una "excepción" si:

- Cree que su plan debe cubrir un medicamento que no está en su formulario porque las otras opciones de tratamiento del formulario no le funcionarán
- Su médico o prescriptor considera que no puede cumplir las normas de cobertura del plan, como autorización previa, terapia escalonada, o límites de cantidad o dosis
- Cree que su plan debería cobrar una cantidad menor por un medicamento que toma en el nivel no preferente del plan porque las otras opciones de tratamiento en el nivel de medicamentos preferidos de su plan no le funcionan

Si solicita una excepción, su médico u otro profesional de salud que recetó el medicamento debe dar una declaración de apoyo a su plan explicando por qué necesitas el medicamento. Consulte con su plan para saber si la declaración debe ser escrita. El periodo de decisiones del plan comienza cuando su plan recibe la declaración de respaldo.

Puede pedir una determinación de cobertura antes de pagar sus recetas, o puede decidir pagar la receta, guardar el recibo y luego pedir que el plan le devuelva el dinero solicitando una determinación de cobertura. Consulte la "Prueba de Cobertura" que recibe de su plan para obtener más información sobre cómo le reembolsan los gastos de su bolsillo.

Puede pedir una determinación de cobertura estándar, o puede presentar una solicitud acelerada (rápida) si aún no pagado el medicamento.

¿Cómo pido una determinación de cobertura estándar?

Usted, su representante, su médico u otro prescriptor puede solicitar una determinación de cobertura (incluida una excepción) presentando una solicitud a su plan. La solicitud debe hacer por escrito usando el formulario "Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura". Algunos planes pueden permitirle hacer una solicitud oralmente. Una vez que su plan reciba la solicitud de determinación de la cobertura estándar, deben darle una decisión en un plazo de 72 horas desde que reciba su solicitud. Para una solicitud de excepción, deben darle una decisión en un plazo de 72 horas desde la recepción de la declaración de apoyo del médico. Le darán una decisión sobre el pago en un plazo de 14 días calendario.

¿Cómo puedo solicitar una determinación acelerada (rápida) de cobertura?

Usted, su representante, su médico u otro prescriptor pueden llamar o escribir a su plan para pedir que se tome una decisión rápida en un plazo de 24 horas desde su solicitud. Si pide una excepción, su plan le dará una respuesta en un plazo de 24 horas desde que reciba la declaración de apoyo de su médico. Se autorizará una decisión rápida cuando su médico le informa al plan que el hecho de esperar una decisión 72 horas podría representar un riesgo grave para su vida, su salud o su capacidad de recuperar sus funciones al máximo. No puede pedir (ni va a obtener) una decisión rápida si ya pagó y recibió el medicamento.

Puede llamar a su plan o escribirle una carta. Puede pedirle que le envíen un formulario de "Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura" para solicitar a su plan una determinación rápida o una excepción de cobertura.

¿Y si no estoy de acuerdo con la decisión?

Su plan de la Parte D le enviará una decisión por escrito. Si no está de acuerdo con esta decisión, tiene derecho a presentar una **apelación**.

¿Cuál es el proceso de apelación para la cobertura de medicamentos de Medicare?

El proceso de apelación tiene cinco niveles:

Nivel 1: Redeterminación de su plan

Nivel 2: Reconsideración por una Entidad Independiente de Revisión (IRE)

Nivel 3: Decisión de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA)

Nivel 4: Revisión a cargo del Consejo de Apelaciones de Medicare

Nivel 5: Revisión judicial de un Tribunal Federal de Distrito

Si no está de acuerdo con la decisión tomada en cualquier nivel del proceso, generalmente puede pasar al siguiente nivel. En cada nivel, recibirá instrucciones sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación.

Nivel 1: Redeterminación de su plan

Si no está de acuerdo con la denegación inicial de su plan (determinación de cobertura), puede solicitar una redeterminación.

Debe solicitar la redeterminación en un plazo de 65 días desde la fecha del aviso de determinación de cobertura. Si no cumple con el plazo, debe dar una razón para presentarla después del plazo.

¿Cómo pido una redeterminación?

Siga las indicaciones en el aviso de negación inicial y en el material del plan. Usted, su representante, su médico u otro prescriptor puede solicitar una redeterminación estándar o rápida. Las solicitudes estándar deben hacerse por escrito, a menos que su plan le permita presentar una solicitud estándar verbalmente, por ejemplo, por teléfono. Tendrá una decisión rápida si su plan determina, o si su médico u otro prescriptor indica a su plan, que esperar una decisión estándar pone en serio peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo funcionamiento. No puede pedir una redeterminación rápida si es una apelación del pago de un medicamento que ya recibió.

Su plan debe aceptar toda solicitud de redeterminación por escrito presentada por usted, su representante, su médico u otro profesional que emita recetas. Una apelación por escrito debe incluir:

- Su nombre, dirección y número de Medicare o número de miembro.
- El nombre del medicamento que desea que su plan le cubra.
- Las razones por las que realiza la apelación.
- Si designó a un representante, incluya su nombre y prueba de representación. Para más información sobre cómo nombrar a un representante, vaya a la página 3.

Envíe su solicitud junto con toda la información que pueda resultar útil para su caso, incluidos los registros médicos. La dirección y el número de teléfono de su plan aparecen en los materiales del plan y también aparecerán en cualquier decisión por escrito que obtenga.

Su plan responderá mediante un "Aviso de Redeterminación" dentro de estos plazos:

- Decisión de redeterminación acelerada (rápida): tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero no más tarde de 72 horas
- Decisión estándar de redeterminación del beneficio: 7 días
- Decisión estándar de pago por redeterminación: 14 días

Si no está de acuerdo con la decisión del plan sobre la redeterminación de Nivel 1, puede solicitar una reconsideración por parte de una Entidad de Revisión Independiente (IRE), que es de Nivel 2. Debe solicitar la reconsideración dentro de los 65 días siguientes a la fecha de su aviso de redeterminación. Si no cumple con el plazo, debe proporcionar una razón para presentarla después del plazo.

Si apela una limitación que se solicita a su acceso a ciertos medicamentos bajo el programa de gestión de medicamentos de su plan y su plan deniega su apelación, su apelación se envía automáticamente al IRE. Si esto ocurre, recibirá un aviso por escrito.

Nivel 2: Reconsideración por una Entidad Independiente de Revisión (IRE)

Si no está de acuerdo con la redeterminación del plan, usted, su representante, su médico u otro prescriptor puede solicitar una reconsideración estándar o rápida por parte de un IRE. No puede pedir una reconsideración rápida si es una apelación sobre el pago de un medicamento que ya recibió.

¿Cómo pido una reconsideración?

Para solicitar una reconsideración por parte de un IRE, siga las instrucciones del "Aviso de Redeterminación" del plan. Si su plan emite una redeterminación desfavorable, también debería enviarle un formulario de "Solicitud de Reconsideración" que pueda usar para solicitar una reconsideración. Si no recibe este formulario, llame a su plan y pida una copia.

Envíe su solicitud al IRE a la dirección o número de fax que aparece en el "Aviso de Redeterminación" del plan que le envía por correo. Recibirá una reconsideración rápida si el IRE determina, o su prescriptor le informa, que esperar a una reconsideración estándar puede poner en serio peligro su vida, salud o capacidad para recuperar el máximo funcionamiento.

Una vez que el IRE reciba la solicitud de revisión, le enviará su decisión en un "Aviso de Reconsideración" dentro de estos plazos:

- Decisión de reconsideración acelerada (rápida): tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero no más tarde de 72 horas
- Decisión estándar de beneficios de reconsideración: 7 días
- Decisión estándar de pago de reconsideración: 14 días

Nota: El IRE también puede llamar a sí mismo "Parte D QIC".

Si no está de acuerdo con la decisión del IRE en el Nivel 2, tiene 60 días luego de recibir la decisión del IRE para solicitar una decisión a la OMHA, que es el Nivel 3.

Nivel 3: Decisión de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA)

Si no está satisfecho con la decisión de reconsideración del IRE, puede solicitar a la OMHA una audiencia ante un juez administrativo (ALJ) o, en ciertas circunstancias, una revisión del expediente de **apelación** por parte de un ALJ o un abogado adjudicador.

Una audiencia ante un ALJ le permite presentar su apelación a una nueva persona que revisará de manera independiente los hechos de su apelación y escuchará su testimonio antes de tomar una decisión nueva e imparcial. Una audiencia del ALJ generalmente se lleva a cabo por teléfono o videoconferencia, pero puede realizarse en persona si el ALJ encuentra que usted tiene una buena razón para hacerlo. Puede pedirle a la OMHA que tome una decisión sin celebrar una audiencia (basada sólo en la información en su registro de apelación). Si hace esto, un ALJ o un abogado adjudicador revisará la información de su registro de apelación y emitirá una decisión. El ALJ o el abogado adjudicador también pueden emitir una decisión sin celebrar una audiencia si, por ejemplo, la información en su registro de apelación respalda una decisión completamente favorable.

Para obtener una audiencia o revisión por parte de la OMHA, la cantidad de su caso debe cumplir con una cantidad mínima en dólares. La cantidad mínima en dólares para 2026 es de $200 dólares. El "Aviso de Reconsideración" puede incluir una declaración que indica si se estima que su caso cumple con la cantidad mínima en dólares. Sin embargo, corresponde al ALJ tomar la decisión final. Quizá pueda combinar las **reclamaciones** para alcanzar la cantidad mínima en dólares.

¿Cómo pido una audiencia?

Debe enviar su solicitud a Operaciones Centrales de OMHA. La dirección en el "Aviso de Reconsideración" del IRE. Puede solicitar una audiencia de una de estas maneras:

- Complete un formulario de "Solicitud para audiencia o revisión de desestimación por parte de un juez administrativo (ALJ) (OMHA-100). Puede conseguir una copia visitando **HHS.gov/about/agencies/omha/filing-an-appeal/forms/index.html**, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Envíe una solicitud por escrito, que debe incluir:
  - Su nombre, dirección, número de teléfono, número de Medicare y el nombre del plan.
  - Si designó a un representante, incluya su nombre, dirección y número de teléfono.
  - El número de recurso de apelación incluido en el "Aviso de Reconsideración".
  - El medicamento con receta en disputa. Consulte su "Aviso de Redeterminación" o "Aviso de Reconsideración" para esta información.
  - La razón por la que no está de acuerdo con la decisión de reconsiderar.
  - Cualquier otra información que pueda ayudar en su caso. Si no puede incluir esta información en su solicitud, incluya un detalle de lo que planea enviar y cuándo lo estará enviando.
  - Si pide una decisión acelerada (rápida), incluya una declaración que lo explique.

- Si pide una decisión acelerada (rápida), puede hacer una solicitud oral. Siga las instrucciones del "Aviso de Reconsideración" del IRE para hacerlo. El ALJ o el abogado adjudicador puede darle una decisión rápida si su médico u otro prescriptor dice, o si el ALJ o el abogado adjudicador determina, que usar el plazo estándar de 90 días para tomar una decisión puede poner seriamente en peligro su vida, salud o capacidad para recuperar la máxima función. No puede pedir (ni va a conseguir) una decisión rápida si ya tiene el medicamento.

  Si pide una decisión acelerada (rápida), la recibirá tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero generalmente no más tardar de 10 días a partir del día en que la OMHA recibe su solicitud de audiencia.

¿Cómo solicito una revisión de mi caso sin una audiencia?

Para solicitar que la OMHA tome una decisión sin audiencia basada únicamente en la información que consta en su registro de apelación, presente la información necesaria para una audiencia de ALJ al IRE **e** incluya cualquiera de:

- El formulario "Renuncia al Derecho a una Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (Formulario OMHA-104). Puede conseguir una copia visitando HHS.gov/about/agencies/omha/filing-an-appeal/forms/index.html.
- Una solicitud por escrito, o una solicitud oral en caso de apelación acelerada, en la que se indique que no desea comparecer ante un juez administrativo en una audiencia (incluida una vista por teléfono o videoconferencia), y explique por qué decidió renunciar a la vista.

Incluso si renuncia a la audiencia del ALJ, aún puede celebrar una audiencia si el ALJ considera que es necesaria para decidir su caso.

Si le ha solicitado a OMHA que tome una decisión sin una audiencia, pero el ALJ decide que es necesaria una audiencia, le informará cuándo esta se realizará. Si no se lleva a cabo una audiencia, un ALJ o un abogado adjudicador revisará la información en su registro de apelación y emitirá una decisión.

Para obtener más información sobre el proceso de revisión de la OMHA, visita HHS.gov/about/agencies/omha/the-appeals-process/level-3/index.html. Si necesita ayuda para presentar una apelación ante la OMHA, llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si no está de acuerdo con la decisión de la OMHA en el Nivel 3, tiene 60 días luego de recibir la decisión de la OMHA para solicitar una revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones), que es el Nivel 4.

Nivel 4: Revisión a cargo del Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones)

Puede pedir al Consejo de Apelaciones que revise su caso, independientemente de la cantidad en efectivo.

¿Cómo pido una revisión?

Para pedir al Consejo de Apelaciones que revise la decisión de la OMHA en su caso, siga las instrucciones de la carta de decisión que recibió de la OMHA en el Nivel 3. Su solicitud debe enviar al Consejo de Apelaciones en la dirección indicada en la decisión de la OMHA. Usted o su representante pueden presentar una solicitud de revisión por parte del Consejo de Apelaciones de una de estas maneras:

- Complete un formulario de "Solicitud de Revisión de una Decisión/Desestimación de Medicare de un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) (DAB-101). Para obtener una copia, visite **HHS.gov/sites/default/files/dab101.pdf** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite una copia. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Envíe una solicitud por escrito al Consejo de Apelaciones que incluya:
  - Su nombre, dirección, número de teléfono, número de Medicare y el nombre de su plan. Incluya el nombre y la dirección de su representante, si designó uno.
  - El medicamento con receta en disputa. Consulte su "Aviso de Reconsideración" del IRE o su carta de decisión de la OMHA para obtener esta información.
  - Una declaración identificando las partes de la decisión del juez administrativo con las que no está de acuerdo y una explicación de por qué.
  - El número de caso de apelación del ALJ.
  - Si pide una decisión acelerada (rápida), incluya una declaración que lo explique.
- Si pide una revisión rápida, puede hacer una solicitud oral. Siga las instrucciones del aviso de decisión de la OMHA. El Consejo de Apelaciones puede darle una decisión rápida si su médico u otro prescriptor lo indica, o si el Consejo de Apelaciones determina, que usar el plazo estándar de 90 días para tomar una decisión pondría en peligro su vida, salud o capacidad para recuperar la máxima funcionamiento. No puede pedir (conseguirá) una decisión rápida si ya tiene el medicamento.

Si solicita una decisión rápida del Consejo de Apelaciones, recibirá la decisión tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero generalmente no más tardar en 10 días a partir del día en que el Consejo de Apelaciones reciba su solicitud, a menos que ese plazo se amplíe.

Para obtener más información sobre el proceso de revisión del Consejo de Apelaciones, visite **https://www.hhs.gov/about/agencies/omha/the-appeals-process/level-4/index.html**. Si necesita ayuda para presentar una solicitud de revisión ante el Consejo de Apelaciones, llame al 1-800-MEDICARE.

Si no está de acuerdo con la decisión del Consejo de Apelaciones en el Nivel 4, tiene 60 días luego de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones para solicitar una Revisión Judicial por parte de un Tribunal Federal de Distrito, que es Nivel 5.

Nivel 5: Revisión judicial de un Tribunal Federal de Distrito

Si no está de acuerdo con la decisión emitida por el Consejo de Apelaciones, puede solicitar la Revisión Judicial en el Tribunal Federal de Distrito. Para obtener una revisión, la cantidad de su caso debe cumplir con una cantidad mínima en dólares. La cantidad mínima en dólares para 2026 es de $1,960 dólares.

¿Cómo pido una revisión?

Siga las instrucciones de la carta de decisión del Consejo de Apelaciones que recibió en el Nivel 4 para presentar una apelación en el Tribunal Federal de Distrito. Deberá consultar con la oficina del secretario del Tribunal Federal de Distrito para obtener instrucciones sobre cómo presentar la apelación.

Para más información sobre el proceso de apelación:

- Visite es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals/drug-plans.
- Llame al 1-800-MEDICARE.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia con Seguro Médico (SHIP) para asesoramiento gratuito personalizado sobre seguro de salud, incluyendo ayuda con apelaciones. Para obtener el número de teléfono del SHIP en su estado, visite shiphelp.org o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Cómo presento una queja (reclamo)?

Si tiene preocupaciones o problemas con su plan que no implican solicitudes para proporcionar o pagar medicamentos, tiene derecho a presentar una queja (también llamado “reclamo”). Por ejemplo:

- Cree que el horario de atención al cliente de su plan debería ser diferente
- Tiene que esperar demasiado para la receta
- La compañía que ofrece su plan le envía materiales que no pidió y que no están relacionados con el plan de medicamentos
- Su plan no tomó una decisión oportuna sobre una determinación de cobertura en el Nivel 1 y no envió su caso al IRE
- No está de acuerdo con la decisión del plan de no conceder su solicitud de una resolución rápida de cobertura o apelación de Nivel 1(llamada “redeterminación”)
- Su plan no dio los avisos requeridos
- Los avisos del plan no cumplen las normas de Medicare

Si su queja se refiere a la calidad de la atención que recibió o está recibiendo, puede presentar una queja ante su plan y/o con su Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad de los Centros de Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO). Puede visitar **CMS.gov/medicare/quality/quality-improvement-organizations/family-centered-care** o llame al 1-800-MEDICARE para obtener el número de teléfono de la BFCC-QIO.

Si quiere presentar una queja a su plan de medicamentos:

- Debe presentar su queja en un plazo de 60 días desde la fecha del evento por el cual va a presentar la queja.
- Puede presentar su queja al plan por teléfono o por escrito.
- Generalmente debe ser informado de la decisión del plan a más tardar 30 días después de que el plan reciba la reclamación. El plazo para completar su queja puede ampliar hasta 14 días si solicita la prórroga, o si su plan justifica la necesidad de la prórroga y la prórroga es lo mejor para usted. Su plan le dirá por escrito si decidió pedir una prórroga y le dirá por qué.
- Si la queja se refiere a la negativa de un plan a tomar una determinación o redeterminación rápida de cobertura y no compró ni recibió el medicamento, el plan debe comunicar su decisión en un plazo de 24 horas tras recibir la reclamación.

Si el plan no cubre su queja, llama al 1-800-MEDICARE.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048

- Visite **es.Medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints**.
- Llame a su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)** para recibir asesoramiento de seguros de salud y ayuda para presentar una queja. Para obtener el número de teléfono del SHIP en su estado, visite **shiphelp.org** o llame al 1-800-MEDICARE.



Sección 7:

Definiciones

Apelación—Una apelación es la acción que puede tomar si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o pago tomada por Medicare, su plan de salud Medicare o su plan de medicamentos Medicare. Puede presentar una apelación si Medicare o su plan se niegan a:

- Cubrir un servicio médico, suministro, artículo o medicamento que cree que debería estar cubierto.
- Pagar por un servicio médico, suministro, artículo o medicamento que ya recibió.
- Cambiar la cantidad que debe pagar por un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento.
- Proporcionar o pagar total o parcialmente un servicio, suministro, artículo o medicamento que cree que aún necesita.
- Cubrir medicamentos como opioides y benzodiacepinas. Esto puede ocurrir cuando el plan lo etiquetó como “en riesgo” bajo un programa de manejo de medicamentos de la Parte D.

Organización de Mejora de la Calidad de la Atención Centrada en Beneficiarios y en la Familia (BFCC-QIO)—Un tipo de QIO (una organización de médicos y otros expertos de salud bajo contrato con Medicare) que usa médicos y otros expertos de salud para revisar quejas y calidad de la atención de personas con Medicare. La BFCC-QIO se asegura de que haya coherencia en el proceso de revisión de casos, teniendo en cuenta los factores y necesidades locales, incluyendo la calidad general de la atención y la necesidad médica.

Reclamación—Una solicitud de pago que usted o su proveedor de salud presenta a Medicare u otro seguro médico cuando recibe artículos y servicios que cree que están cubiertos.

Coseguro—Una cantidad que puede que tenga que pagar como parte del costo de los servicios luego de pagar cualquier deducible. El coseguro suele ser un porcentaje (por ejemplo, un 20%).

Instalación integral de rehabilitación ambulatoria—Una instalación que ofrece una variedad de servicios de forma ambulatoria, incluyendo servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos y rehabilitación.

Copago—Una cantidad que se le puede pedir que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago suele ser una cantidad fija, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, podría pagar $ 10 o $ 20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Deducible—La cantidad que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que Medicare Original, su plan Medicare Advantage, su plan de medicamentos de Medicare o su otro seguro comiencen a pagar.

Queja—Una reclamación sobre la manera en que su plan de salud o medicamentos de Medicare brinda servicios. Por ejemplo, usted puede presentar una queja si tiene problemas para comunicarse con el plan o si no está conforme con el comportamiento del personal del plan. Sin embargo, si su queja se debe a que un plan se niega a cubrir un servicio, un suministro o un medicamento recetado, debe presentar una apelación.

Proveedor médico—Una persona u organización autorizada para prestar atención médica. Médicos, asistentes médicos, enfermeros especialistas y hospitales son ejemplos de proveedores de atención médica.

Hospicio—Una forma especial de cuidar a personas con enfermedades terminales. Los cuidados paliativos implican un enfoque orientado al equipo que aborda las necesidades médicas, físicas, sociales, emocionales y espirituales del paciente. El hospicio también ofrece apoyo a la familia o al cuidador del paciente.

Médicamente necesario—Servicios o suministros médicos necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, enfermedad o sus síntomas y que cumplan con los estándares médicos aceptados.

Plan Medicare Advantage (Parte C)—Un tipo de plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada tiene contrato con Medicare. Los Planes Medicare Advantage ofrecen todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B, con algunas excepciones, por ejemplo, ciertos aspectos de los ensayos clínicos que están cubiertos por el Medicare Original aunque siga en el plan. Los planes Medicare Advantage incluyen:

- Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud
- Organizaciones de Proveedores Preferidos
- Planes privados de Pago por Servicio
- Planes para Necesidades Especiales
- Planes de Cuentas de Ahorro Médico de Medicare

Si no está inscrito en un plan de Medicare Advantage:

- La mayoría de los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan
- La mayoría de los servicios de Medicare no son pagados por el Medicare Original
- La mayoría de los planes Medicare Advantage ofrecen cobertura de medicamentos recetados

Plan de medicamentos de Medicare (Parte D)—Parte D agrega cobertura de medicamentos recetados a Medicare Original, algunos planes de costos de Medicare, algunos planes privados de pago por servicio de Medicare y planes de cuentas de ahorros médicos de Medicare. Estos planes son ofrecidos por compañías de seguros y otras compañías privadas aprobadas por Medicare. Los planes Medicare Advantage también pueden ofrecer cobertura de medicamentos recetados que sigue las mismas reglas que los planes de medicamentos de Medicare.

Plan de salud Medicare—Generalmente, un plan ofrecido por una compañía privada que contrata con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Los planes de salud de Medicare incluyen todos los planes Medicare Advantage, planes de costo Medicare y programas de demostración/piloto. Las organizaciones del Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE) son tipos especiales de planes de salud de Medicare. Los planes PACE pueden ser ofrecidos por compañías públicas o privadas y ofrecen la Parte D y otros beneficios además de los beneficios de la Parte A y la Parte B.

Medicare Parte A (Seguro Hospitalario)—La Parte A cubre estancias hospitalarias con ingresos, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados paliativos y algunos cuidados de salud en el hogar.

Medicare Parte B (Seguro Médico)—La Parte B cubre ciertos servicios médicos, atención ambulatoria, suministros médicos y servicios preventivos.

Resumen de Medicare (MSN)—Un aviso que recibe después de que el médico, otro proveedor de atención médica o proveedor presente una reclamación por servicios de la Parte A o Parte B en Medicare Original. Explica qué facturó el médico, otro proveedor de atención médica o proveedor, la cantidad aprobada por Medicare, cuánto pagó Medicare y qué debe pagar.

Cuidados a largo plazo no médicos—Cuidado personal no especializado, como ayuda en actividades de la vida diaria como bañar, vestir, comer, acostarse o levantar de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención médica que la mayoría de la gente realiza por sí misma, como el uso de gotas para los ojos. En la mayoría de los casos, Medicare no paga la atención a largo plazo no médica.

Medicare Original—Medicare Original es un plan de salud de pago por servicio que tiene 2 partes: Parte A (seguro hospitalario) y Parte B (seguro médico). Después de que usted pague un deducible, Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare, y usted paga su parte (coseguro y deducibles).

Instalación de enfermería especializada (SNF)—Una instalación de enfermería con personal y equipo para proporcionar cuidados de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios médicos relacionados.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)—Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría local gratuita sobre seguros médicos a personas con Medicare.

Proveedor—Por lo general, cualquier compañía, persona o agencia que presta un servicio o artículo médico, excepto cuando se trata de un paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada.

Aviso de Comunicaciones accesibles de CMS

Medicare proporciona ayudas y servicios auxiliares gratuitos, incluida información en formatos accesibles como braille, letra grande, archivos de datos/audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si solicita información en un formato accesible, no se verá perjudicado por el tiempo adicional necesario para proporcionarla. Esto significa que tendrá más tiempo para realizar cualquier acción si hay un retraso en el cumplimiento de su solicitud.

Para solicitar información sobre Medicare o el Mercado en un formato accesible, puede:

Llamar:

Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY: 1-877-486-2048
Para el Mercado: 1-800-318-2596
TTY: 1-855-889-4325

Correo electrónico: altformatrequest@cms.hhs.gov

Enviar una carta:

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
Oficinas de Audiencias y Consultas (OHI)
7500 Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20
Baltimore, MD 21244-1850
Atención: Personal de Recursos de Accesibilidad del Cliente (CARS)

Su pedido debe incluir su nombre, número de teléfono, tipo de la información que necesita (si la sabe) y la dirección postal a donde debemos enviar los materiales. Podemos comunicarnos con usted para obtener más información.

Nota: Si está inscrito en un Plan de Medicamentos Recetados o Medicare Advantage, puede comunicarse con su plan para solicitar sus documentos en un formato accesible. Para Medicaid, comuníquese con la oficina Estatal de Asistencia Médica (Medicaid).

Aviso de no discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, no niegan beneficios ni discriminan a ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo, o edad en la admisión, participación o recibimiento de los servicios y beneficios bajo cualquiera de sus programas y actividades, ya sean realizadas por CMS directamente o a través de un contratista o cualquier otra entidad con la cual CMS se encarga de llevar a cabo sus programas y actividades.

Puede comunicarse con CMS de cualquiera de las formas incluidas en este aviso si tiene alguna inquietud sobre cómo obtener información en un formato que pueda usar.

También puede presentar una queja si considera que ha sido objeto de discriminación en un programa o actividad de CMS, incluyendo la posibilidad de tener problemas para obtener información en un formato accesible de cualquier plan Medicare Advantage, plan de medicamentos recetados de Medicare, oficina estatal o local de Medicaid o planes de salud calificados del Mercado. Hay tres formas de presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles:

En línea:
HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html

Por teléfono:
Llame al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY puede llamar al 1-800-537-7697.

Por escrito: Envíe información sobre su queja a:

Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto Oficial
Penalidad por uso privado, $300

Need a copy of this booklet in English?

To get a free copy of this booklet in English, visit Medicare.gov or call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users can call 1-877-486-2048.

Esta publicación está disponible en inglés. Para obtener una copia gratis, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE.

Medicare

La información en este folleto describe el Programa de Medicare en el momento en que se imprimió este folleto. Es posible que se produzcan cambios después de la impresión. Visite **es.Medicare.gov** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener la información más actualizada. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

"Apelaciones de Medicare" no es un documento legal. La guía legal oficial del Programa Medicare está contenida en los estatutos, reglamentos y resoluciones pertinentes.

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.

CMS Producto No. 11525-S • abril 2026