



Esta publicación **oficial** contiene información importante acerca de:

- Cómo apelar una decisión si usted está afiliado a Medicare Original
- Cómo apelar una decisión si usted está afiliado en un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare
- Cómo apelar si usted tiene un plan de cobertura para medicamentos recetados de Medicare
- Dónde realizar consultas



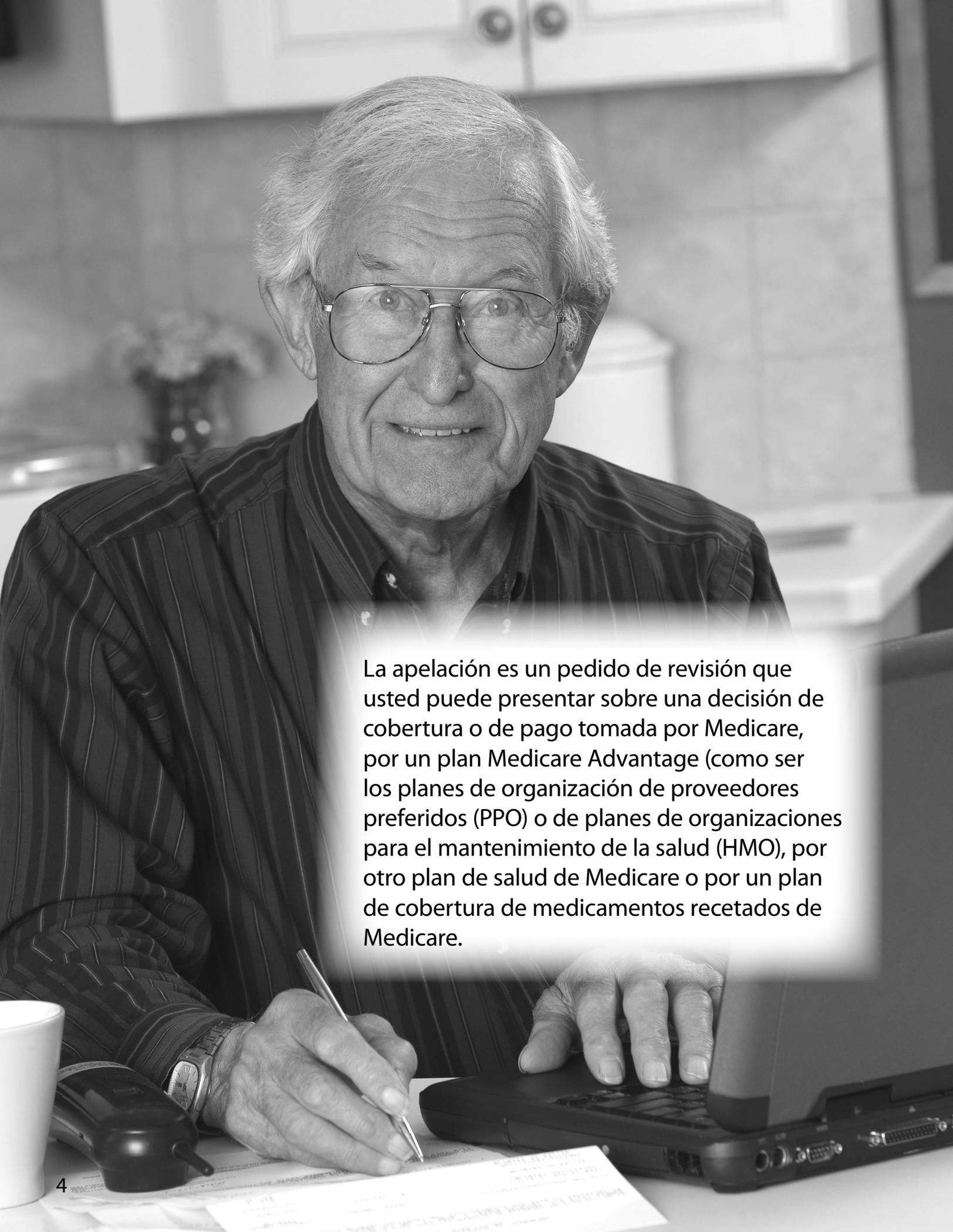
La información contenida en esta publicación describe el Programa Medicare al momento de su impresión. Es posible que se produzcan cambios con posterioridad a la impresión. Visite la página Medicare.gov o comuníquese telefónicamente al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener información actualizada. Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 1-877-486-2048.

Esta publicación de *“Las apelaciones a Medicare”* no es un documento legal. Las normas legales oficial del Programa Medicare están contenidas en las leyes, los reglamentos y las resoluciones pertinentes.

Contenido

| | |
|--|-----------|
| Sección 1: ¿Qué decisiones puedo apelar? | 5 |
| ¿Puede alguien apelar por mí? | 5 |
| Sección 2: ¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original? | 9 |
| ¿Cuál es el proceso de apelación en Medicare Original? | 9 |
| ¿Cómo solicito una apelación acelerada en el hospital? | 18 |
| ¿Cómo obtengo una apelación acelerada en otra dependencia que no sea un hospital? | 20 |
| ¿Qué es el “Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario”? | 22 |
| ¿Qué avisos dan otras agencias de salud? | 24 |
| Sección 3: ¿Cómo apelo si estoy afiliado a un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare? | 27 |
| ¿Cuál es el proceso de apelación para los planes Medicare Advantage u otros planes de salud de Medicare? | 28 |
| ¿Cómo obtengo una apelación acelerada en un hospital? | 35 |
| ¿Cómo obtengo una apelación acelerada en otra dependencia que no sea un hospital? | 37 |
| ¿Cómo presento una queja? | 39 |
| Sección 4: ¿Cómo apelo si tengo un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare? | 41 |
| ¿Qué sucede si mi plan no cubre un medicamento que considero que necesito? | 41 |
| ¿Cuál es el proceso de apelación en los planes de cobertura de medicamentos recetados de Medicare? | 44 |
| ¿Cómo presento una queja? | 52 |
| Sección 5: Definiciones | 55 |

Nota: Las palabras en color rojo se describen en la sección de “Definiciones” en las páginas 55–58.



La apelación es un pedido de revisión que usted puede presentar sobre una decisión de cobertura o de pago tomada por Medicare, por un plan Medicare Advantage (como ser los planes de organización de proveedores preferidos (PPO) o de planes de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), por otro plan de salud de Medicare o por un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Sección 1: ¿Qué decisiones puedo apelar?

Usted tiene el derecho de apelar si Medicare, su plan de salud, o su plan de cobertura de medicamentos recetados le deniegan:

- Un servicio de salud, un insumo, artículo o medicamento recetado que usted considera que debe recibir.
- Un servicio de salud, un insumo, artículo o medicamento recetado que ya recibió con anterioridad.
- Una solicitud suya de que se modifique el precio que usted debe pagar por un servicio de salud, un insumo, artículo o medicamento recetado.

Usted también puede apelar si Medicare, su plan de salud o su plan de medicamentos recetados deja de proporcionarle o de pagar, en todo o en parte, el costo de un servicio, insumo, artículo o medicamento recetado que usted considera que todavía necesita.

Para más información acerca de cómo apelar, consulte las secciones de esta publicación, sin distinción de cómo obtiene la cobertura de Medicare. Para más información, visite [Medicare.gov/appeals](https://www.medicare.gov/appeals) o comuníquese telefónicamente al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 1-877-486-2048.

¿Puede alguien apelar por mí?

Si necesita ayuda para presentar una apelación, puede nombrar un representante. El representante lo asistirá con los pasos para apelar que se indican en esta publicación. El representante puede ser un familiar, un amigo, un abogado, un médico o cualquier persona que usted designe para actuar en nombre suyo.

Usted puede nombrar a su representante de cualquiera de las siguientes formas:

1. Complete el formulario de “Nombramiento de un representante” (Formulario CMS número 1696). Puede descargar un ejemplar desde [cms.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf), o solicitarlo telefónicamente al 1-800-MEDICARE.

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 55–58.



¿Qué decisiones puedo apelar?

2. Envíe una solicitud escrita que incluya:

- Su nombre, domicilio, número de teléfono y número de **Medicare** (tal como aparece en la credencial roja, blanca y azul de Medicare).
- El nombramiento expreso de una persona en particular a quien usted faculta para actuar como su representante. El nombre, el domicilio y el número de teléfono del representante.
- La condición profesional de su representante (por ejemplo, si se trata de un médico) o la relación que tiene con usted.
- Una autorización expresa para dar a conocer su información médica personal al representante.
- Los motivos por los cuales nombra al representante y el alcance de la representación.
- Su firma y la fecha de la solicitud.
- La firma del representante y la fecha en que firma la solicitud.

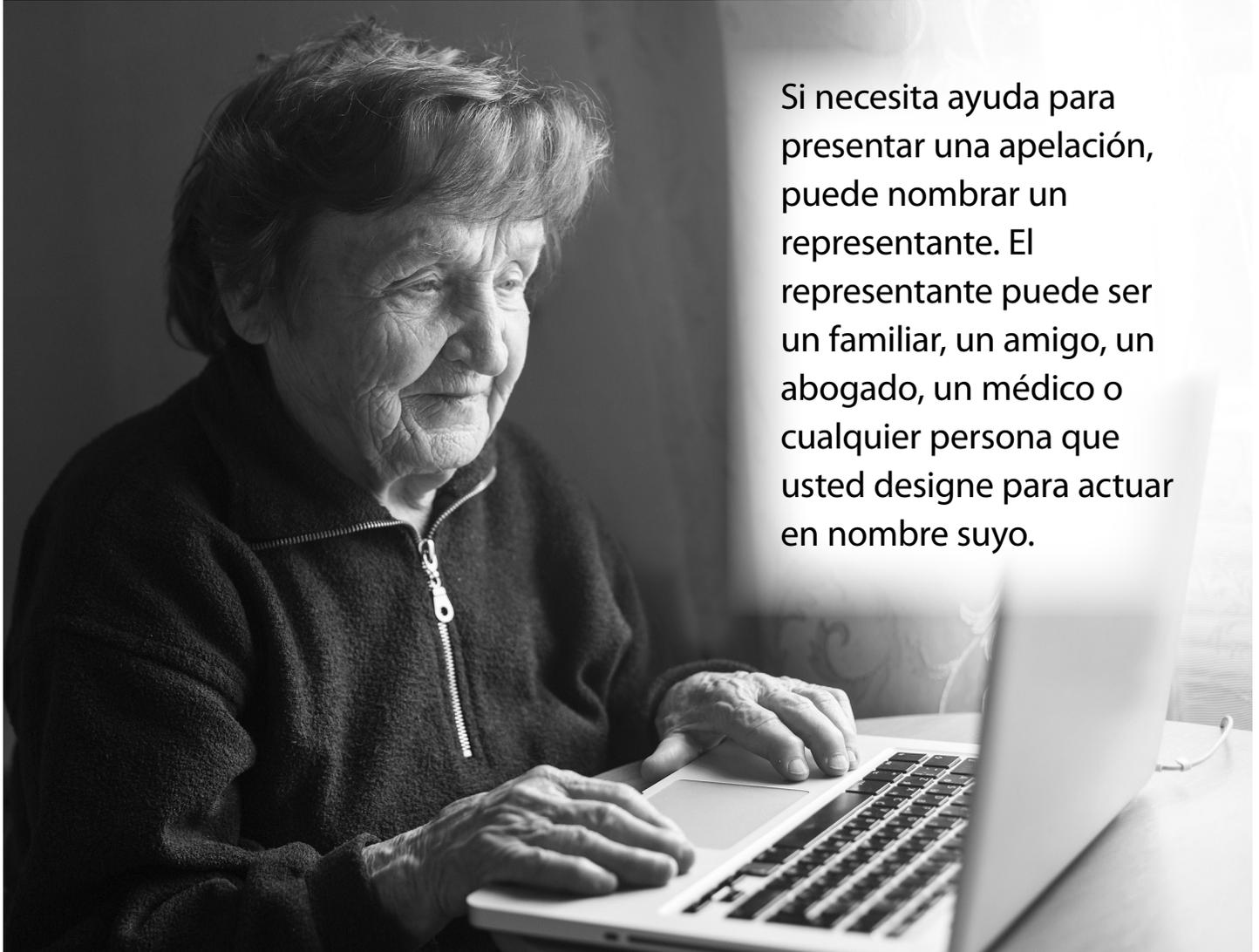
Envíe la solicitud o el formulario a la empresa que procesa las **reclamaciones** para Medicare. Si su representante lo asiste con una apelación, envíe el formulario o la solicitud escrita con la solicitud de apelación. Conserve una copia de toda la documentación que envíe a Medicare como parte de la apelación.

Si tiene preguntas sobre cómo designar un representante, comuníquese telefónicamente al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden comunicarse al 1-877-486-2048.

En algunos casos, su médico puede hacer un pedido en su nombre, aun sin que usted lo haya nombrado como representante:

- Si usted está afiliado a un **plan Medicare Advantage** u otro **plan de salud de Medicare**:
 - Su médico puede pedir una determinación de la organización o una reconsideración del caso en su nombre y usted no necesita presentar el formulario de “Nombramiento de un representante”.
 - Si usted desea que su médico solicite, en su nombre, la apelación a un nivel más alto, deberá presentar el formulario o una solicitud de nombramiento de representante, tal como se describe a continuación.
 - Para más información sobre el proceso de apelación en un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare, consulte la sección 3.
- Si usted tiene un **plan de cobertura de medicamentos recetados** de Medicare:
 - El médico o el profesional que le receta el medicamento puede pedir, en su nombre, la determinación de cobertura, la redeterminación o la reconsideración por parte de una Entidad de revisión independiente (IRE) y usted no necesita presentar el formulario de “Nombramiento de un representante”.
 - Si usted desea que el médico o el profesional que le receta el medicamento solicite, en su nombre, la apelación ante un nivel más alto, deberá presentar el formulario de “Nombramiento de un representante”.
 - Para más información sobre el proceso de apelaciones en los planes de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, consulte la sección 4.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 55–58.



Si necesita ayuda para presentar una apelación, puede nombrar un representante. El representante puede ser un familiar, un amigo, un abogado, un médico o cualquier persona que usted designe para actuar en nombre suyo.

Sección 2: ¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original?

2

Medicare Original incluye la Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). Si usted está afiliado a Medicare Original, cada 3 meses recibirá por correo un Resumen de Medicare (MSN), que detalla los artículos y los servicios que usted recibió que están comprendidos en la Parte A y en la Parte B.

El MSN le muestra un detalle de los artículos o los servicios que se le han cobrado a Medicare durante el período de tres meses anteriores, lo que Medicare pagó y cuánto le corresponde pagar a usted al proveedor. El MSN también le informará si Medicare ha denegado, en forma total o parcial, el pago de su reclamación. Esta es la determinación inicial y la toma la empresa que procesa las reclamaciones para Medicare.

Lea el MSN con atención. Si usted está en desacuerdo con una decisión de Medicare sobre pago o cobertura, puede apelar. El MSN también incluye información sobre sus derechos de apelación. Si decide apelar, pídale a su médico, proveedor de la salud o abastecedor toda la información que contribuya a sustentar su caso. Conserve una copia de toda la documentación que envíe a Medicare como parte de la apelación.

Si no está seguro de que se haya cobrado a Medicare por los artículos o los servicios que se le proporcionaron, diríjase a su médico, proveedor o abastecedor y solicítele un listado detallado. Dicho listado debe incluir todos los servicios o los artículos que se cobraron a Medicare. También consulte el MSN para ver si le cobraron a Medicare.

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 55–58.

¿Cuál es el proceso de apelación en Medicare Original?

El proceso de apelación tiene 5 niveles:

Nivel 1: Redeterminación del contratista administrativo de Medicare (MAC)

Nivel 2: Reconsideración por un contratista independiente calificado (QIC)

Nivel 3: Audiencia ante un juez de derecho administrativo

Nivel 4: Revisión del Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo de apelaciones)

Nivel 5: Revisión judicial por un tribunal federal de distrito

¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original?

Si usted está en desacuerdo con la decisión tomada en cualquiera de los niveles del proceso, por lo general puede avanzar hacia el nivel siguiente. En cada nivel, usted recibirá una notificación de la decisión con las instrucciones acerca de cómo proseguir con el siguiente nivel de apelación.

Nivel 1: Redeterminación de la empresa que se encarga de la facturación de Medicare

El MAC revisa su apelación y toma una decisión. Si usted está en desacuerdo con la determinación inicial que se le informa en el **MSN**, puede solicitar una redeterminación (una segunda evaluación o revisión). Esta segunda evaluación será realizada por la misma empresa que procesa las **reclamaciones** para **Medicare** pero estará a cargo de otras personas que no hayan participado en la primera decisión. Usted tiene 120 días a partir de la recepción del MSN para solicitar la redeterminación.

¿Cómo solicito una redeterminación?

Usted puede solicitar la redeterminación de cualquiera de las siguientes formas:

1. Siga las instrucciones que se encuentran al reverso del MSN:
 - Trace un círculo alrededor del artículo o servicio detallado en el MSN con el que está en desacuerdo.
 - Explique por escrito en el MSN o en una hoja adjunta los motivos por los que está en desacuerdo escriba en el MSN o en una hoja que adjunte al MSN una explicación de por qué está en desacuerdo.
 - Indique su nombre, su número de teléfono y su número de Medicare en el MSN y fírmelo.
 - Incluya toda otra información sobre su apelación. Solicite a su médico, **proveedor de la salud**, o **abastecedor** cualquier información que contribuya a sustentar su caso. Indique su número de Medicare en todos los documentos que acompañe al pedido de apelación.
 - Envíe la solicitud o el formulario a la empresa que procesa las reclamaciones para Medicare. El domicilio de la empresa se indica en la sección “Presentación de una apelación por escrito” del MSN.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 55–58.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original?

2. Complete el formulario “Solicitud de Redeterminación a Medicare” (Formulario CMS No. 20027). Puede descargar un ejemplar desde cms.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf, o llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Envíe el formulario completo o una copia a la empresa que procesa las reclamaciones para Medicare que se indica en el MSN.
3. Envíe una solicitud escrita a la empresa que procesa las reclamaciones para Medicare. El domicilio de la empresa se indica en el MSN. La solicitud debe indicar:
 - Su nombre y su número de Medicare.
 - El artículo o servicio por el que está pidiendo la redeterminación y las fechas en que los recibió.
 - Los motivos por los cuales está en desacuerdo con la determinación inicial.
 - Su firma. El nombre y la firma de su representante, de corresponder. Para más información sobre cómo designar un representante, consulte la sección 1.

Conserve una copia de toda la documentación que envíe a Medicare como parte de la apelación. Por lo general, el contratista de Medicare le dará una respuesta (ya sea mediante nota o en el MSN) dentro de los 60 días siguientes a la recepción de la solicitud. Si Medicare paga por el artículo o servicio, así se indicará en el próximo MSN.

Usted puede presentar otra documentación después haber solicitado la redeterminación, pero ello puede demorar la decisión del MAC más de 60 días. Si envía documentación adicional, el período de 60 días que tiene el MAC para tomar la decisión, se extenderá por 14 días corridos más.

Si está en desacuerdo con la decisión del MAC en el primer nivel de apelación, tiene 180 días a partir de la recepción del “Aviso de redeterminación de Medicare” para solicitar la reconsideración por parte de un contratista independiente calificado (QIC), que representa el segundo nivel.



¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original?

Nivel 2: Reconsideración por un contratista independiente calificado (QIC)

El QIC es un contratista independiente que no participó de la decisión tomada en el primer nivel de apelación. El QIC evaluará su solicitud de reconsideración y tomará una decisión.

¿Cómo solicito la reconsideración?

Siga las instrucciones del “Aviso de redeterminación de Medicare” que recibió en respuesta a la apelación en el primer nivel. Envíe la solicitud al QIC que realizará la reconsideración. El domicilio del QIC se indica en el aviso de redeterminación. Usted puede solicitar la reconsideración de cualquiera de las siguientes formas:

1. Complete el formulario “Solicitud de reconsideración a Medicare” (Formulario de CMS No. 20033), que se incluye en el “Aviso de redeterminación de Medicare”. Descargue un ejemplar desde cms.gov/cmsforms/downloads/cms20033.pdf, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia gratis. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
2. Envíe una solicitud escrita que incluya:
 - Su nombre y su número de **Medicare**.
 - El artículo o servicio por el que está pidiendo la reconsideración y las fechas en que los recibió. Consulte esta información en el aviso de redeterminación.
 - El nombre de la empresa que hizo la redeterminación (la empresa que maneja las reclamaciones para Medicare) que se indica en el MSN o en el aviso de redeterminación.
 - Los motivos por los cuales está en desacuerdo con la redeterminación.
 - Su firma. El nombre y la firma de su representante, de corresponder. Para más información sobre cómo designar un representante, consulte la sección 1.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original?

Independientemente del modo en que usted solicite la reconsideración, la solicitud debe explicar claramente el motivo por el que no está de acuerdo con la decisión del primer nivel. Envíe al QIC una copia del “Aviso de redeterminación de Medicare” junto con su pedido de reconsideración. Incluya, además, toda la información que contribuya a sustentar su caso.

Usted puede enviar información adicional después de haber solicitado la reconsideración, pero puede que ello demore la decisión del QIC. Conserve una copia de toda la documentación que envíe a **Medicare** como parte de su apelación.

En la mayoría de los casos, el QIC le enviará un “Aviso de reconsideración de Medicare” dentro los 60 días siguientes a la recepción de la solicitud de apelación por el QIC. En caso de que el QIC no resuelva dentro de este plazo, usted puede requerir al QIC que remita el caso al nivel de apelación siguiente.

Nota: Algunas entidades de revisión independientes (IRE) se hacen llamar “QIC de Parte C”.

Si usted está en desacuerdo con la decisión tomada en el segundo nivel, tiene 60 días a partir del momento en que recibe el “Aviso de reconsideración de Medicare” para solicitar una audiencia ante un juez de derecho administrativo, que representa el tercer nivel de apelación.

Nivel 3: Audiencia ante un juez de derecho administrativo

La audiencia ante un juez de derecho administrativo implica que un tercero evaluará su caso de manera independiente y escuchará sus argumentos antes de tomar una nueva decisión en forma imparcial. La audiencia ante el juez, por lo general, se realiza por teléfono o videoconferencia o, en ciertos casos, también en persona. Usted también puede solicitar al juez que tome una decisión sin llevar adelante la audiencia y el juez puede hacerlo si hay pruebas suficientes para fundar una decisión a su favor.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 55–58.



¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original?

Para que le sea concedida la audiencia con el juez, el importe de su caso debe cumplir con un requisito de cantidad mínima. Para 2015, la cantidad mínima se fija en \$150. El “Aviso de reconsideración de Medicare” que le envió el QIC en respuesta al segundo nivel de apelación le indicará si su caso cumple con el requisito de la cantidad mínima. Sin embargo, es el juez quien tiene la última palabra. Es posible acumular varias **reclamaciones** para alcanzar la cantidad mínima.

¿Cómo solicito una audiencia con el juez de derecho administrativo?

Para solicitar una audiencia, siga las instrucciones del “Aviso de reconsideración de Medicare” que recibió cuando apeló en el segundo nivel ante el QIC. Envíe su solicitud a la Oficina de audiencias y apelaciones de Medicare (OMHA) correspondiente. El domicilio se indica en el aviso de reconsideración del QIC. Usted puede solicitar una audiencia de cualquiera de las siguientes formas:

1. Complete el formulario “Solicitud de audiencia con un juez de derecho administrativo” (Formulario de CMS No. 20034 A/B), que se incluye en el “Aviso de reconsideración de Medicare”. Descargue un ejemplar desde cms.gov/cmsforms/downloads/cms20034ab.pdf, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia gratis. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
2. Envíe una solicitud escrita a la OMHA que procesará la audiencia ante el juez, en la cual debe señalar:
 - Su nombre, su domicilio y su número de **Medicare**. El nombre y el domicilio de su representante, de corresponder.
 - El número de apelación que se indica en el aviso de reconsideración del QIC, de corresponder.
 - Las fechas de los servicios o los servicios objeto de la apelación.
 - Consulte esta información en el aviso de reconsideración o en el MSN.
 - Los motivos por los cuales está en desacuerdo con la reconsideración.
 - Toda otra información que contribuya a sustentar su caso. Si no le es posible incluir esta información en la solicitud, acompañe una nota indicando en qué momento pondrá a disposición dicha información.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original?

Conserve una copia de toda la documentación que envíe a **Medicare** como parte de la apelación. Para más información sobre el proceso de audiencia ante un juez, visite hhs.gov/omha y seleccione la opción “Apelaciones sobre cobertura y reclamaciones”. Si necesita ayuda para solicitar una audiencia ante un juez, llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Por lo general, el juez le comunicará su decisión por escrito dentro de los noventa (90) días siguientes a la recepción de la solicitud. En caso de que el juez no resuelva dentro de este plazo, usted puede requerir al juez que remita el caso al nivel de apelación siguiente.

Si usted está en desacuerdo con la decisión tomada por el juez en el tercer nivel, tiene 60 días a partir de la notificación de la decisión del juez para solicitar una revisión al Consejo de Apelaciones de Medicare, que representa el cuarto nivel de apelación.

Nivel 4: Revisión del Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo de apelaciones)

Usted puede solicitar la revisión de su caso por el Consejo de apelaciones, con independencia del importe en dólares del caso.

¿Cómo solicito la revisión?

Para solicitar una revisión del Consejo de apelaciones, siga las instrucciones mencionadas en el aviso de decisión del juez de derecho administrativo, en el tercer nivel. Envíe la solicitud al Consejo de apelaciones, cuya dirección figura en el aviso de decisión del juez. Usted puede solicitar la revisión del Consejo de apelaciones de cualquiera de las siguientes formas:

1. Complete el formulario “Solicitud de Revisión de la Decisión/Denegación del Juez de Derecho Administrativo” (DAB-01). Descárguelo desde hhs.gov/dab/divisions/dab101.pdf o llame al 1-800-MEDICARE.
2. Envíe una solicitud escrita al Consejo de apelaciones, que debe incluir:
 - Su nombre y su número de Medicare number. El nombre de su representante, de corresponder.
 - Las fechas de los servicios o artículos objeto de la apelación. Para obtener esta información consulte el aviso de decisión del juez de derecho administrativo o el MSN.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 55–58.



¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original?

- La indicación de las partes de la decisión del juez de derecho administrativo con las que está en desacuerdo y los motivos de su objeción.
- La fecha de la decisión del juez.
- Su firma. El nombre y la firma de su representante, de corresponder.
- Si su solicitud de que el caso sea evaluado por el Consejo de apelaciones se funda en la falta de una decisión oportuna del juez de derecho administrativo, señale en qué oficina está pendiente su pedido de audiencia.

Conserve una copia de toda la documentación que envíe a **Medicare** como parte de la apelación. Para más información sobre el proceso de revisión ante el Consejo de apelaciones, visite hhs.gov/dab y seleccione la opción “División de operaciones de Medicare”. Si necesita ayuda para solicitar la revisión ante el Consejo de apelaciones, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Por lo general, el Consejo de apelaciones le comunicará su decisión por escrito dentro de los 90 días siguientes a la recepción de la solicitud. En caso de que el Consejo de apelaciones no resuelva dentro de este plazo, usted puede requerir al Consejo de apelaciones que remita el caso al nivel de apelación siguiente.

Si usted está en desacuerdo con la decisión del Consejo de apelaciones tomada en el cuarto nivel, tiene 60 días a partir del día que se le notifica la decisión del Consejo de apelaciones para solicitar la revisión de un tribunal federal de distrito, que representa el quinto nivel de apelación.

Nivel 5: Revisión judicial por un tribunal federal de distrito

Si usted está en desacuerdo con la decisión del Consejo de apelaciones, puede solicitar la revisión judicial ante un tribunal federal de distrito. Para acceder a la revisión, el importe de su caso tiene que cumplir con un requisito de cantidad mínima. Para 2015, la cantidad mínima para que el tribunal acepte la solicitud de revisión se fija en \$1,460.

¿Cómo solicito la revisión?

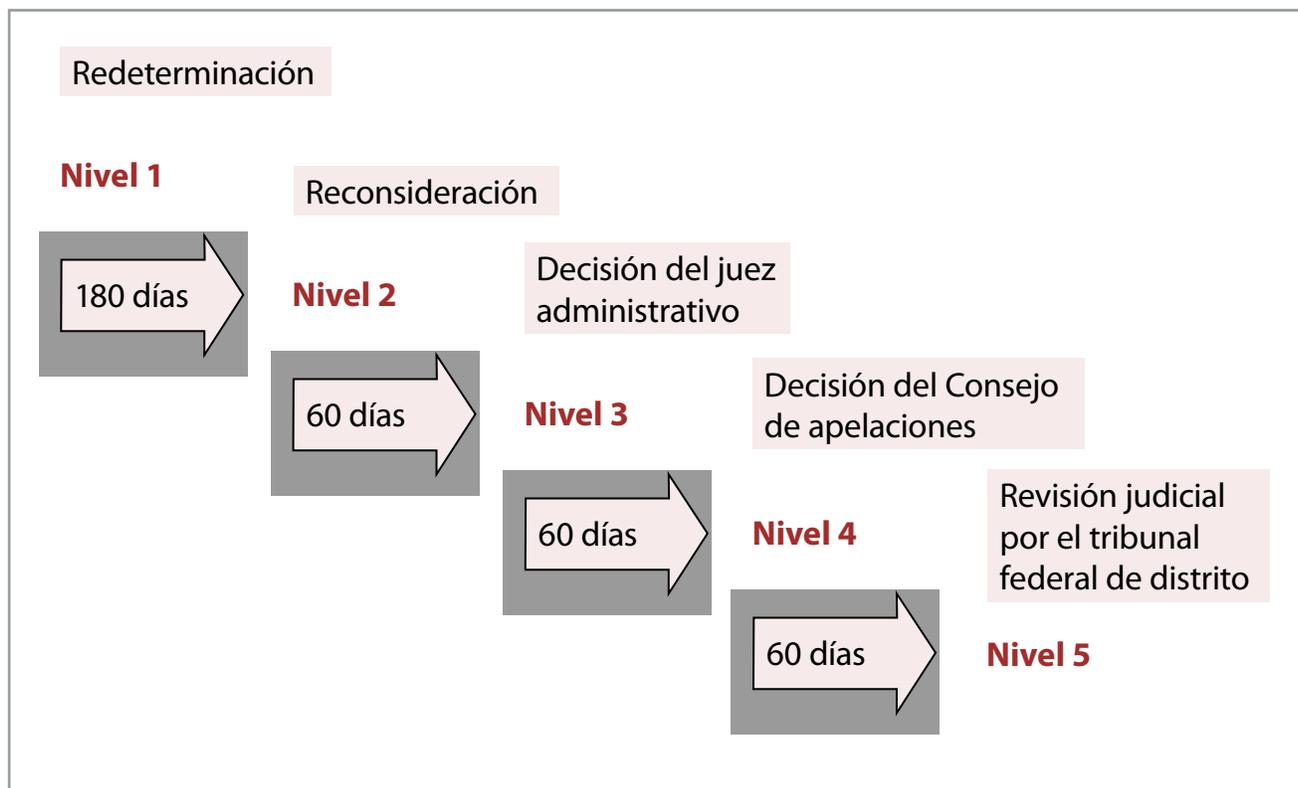
Siga las instrucciones del aviso de decisión del Consejo de apelaciones, en el cuarto nivel, para apelar ante el tribunal federal de distrito.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 55–58.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original?

Para más información sobre el proceso de apelaciones:

- Visite [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para obtener formularios de apelación, visite [Medicare.gov/claims-and-appeals/file-an-appeal/appeals-forms.html](https://www.Medicare.gov/claims-and-appeals/file-an-appeal/appeals-forms.html).
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** para obtener ayuda personalizada, también en materia de apelaciones. Para obtener el número de teléfono, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts), o llame al 1-800-MEDICARE.



¿Cómo solicito una apelación acelerada en el hospital?

Cuando usted es admitido para internación en el hospital, tiene el derecho de recibir los servicios y la atención necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Si considera que le dan de alta antes de tiempo, solicite a la **Organización para el mejoramiento de la calidad del cuidado centrado en el beneficiario y la familia (BFCC-QIO)** que revise su caso. Puede obtener el número de teléfono de la BFCC-QIO en [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Dentro de los dos primeros días de internación, se le entregará un aviso titulado “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” (también conocido como “Mensaje importante de Medicare” o “IM”). Si no lo recibe, solicítelo. Este documento contiene la información de contacto de la BFCC-QIO e indicaciones sobre:

- Su derecho de recibir todos los servicios del hospital **necesarios por motivos médicos**.
- Su derecho de participar en las decisiones que toma el hospital, su médico u otra persona sobre los servicios del hospital y de saber quién deberá pagar por ellos.
- Su derecho de recibir los servicios que sean necesarios una vez que abandone el hospital.
- Su derecho de apelar una decisión sobre su alta y los pasos para hacerlo.
- Las circunstancias en las que usted tendrá o no tendrá que pagar los cargos de su permanencia en el hospital.
- Su derecho de recibir un aviso detallado sobre los motivos de la interrupción de los servicios cubiertos.

Si el hospital le hace entrega del IM más de 2 días antes de la fecha del alta, le tiene que entregar o una copia del IM original firmado por usted o uno nuevo (que usted deberá firmar) antes del alta.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original?

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 55–58.

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

En ciertos casos, es posible solicitar a la BFCC-QIO una apelación acelerada. Si considera que los servicios del hospital cubiertos por Medicare terminan antes de tiempo, siga las instrucciones del IM para solicitar una apelación acelerada. Solicite la apelación acelerada a más tardar el día en que está programada el alta del hospital.

Si solicita la apelación dentro de este plazo, puede quedarse en el hospital sin obligación de pagar (excepto por el coseguro y los deducibles) hasta que la QIO tome la decisión.

Si solicita la apelación acelerada después de vencido este plazo, igualmente le puede pedir a la BCFF-QIO que evalúe su caso, pero se aplican normas y plazos diferentes. Para más información, comuníquese con la BFCC-QIO.

¿Qué ocurre cuando se solicita la revisión de la BFCC-QIO?

Cuando la BFCC-QIO recibe el pedido de apelación acelerada, debe dar aviso al hospital. El hospital le hará llegar un “Aviso de alta detallado” antes del mediodía del día siguiente a la fecha en la que la BFCC-QIO notificó al hospital de la solicitud. El aviso incluirá:

1. Los motivos por los que los servicios ya no se consideran adecuados ni necesarios por razones médicas o por los que ya no se consideran cubiertos.
2. Una descripción de la norma o política de cobertura de Medicare aplicable e indicaciones acerca de cómo obtener un ejemplar de dicha reglamentación.
3. Cómo se aplica dicha norma a su situación específica.

La BFCC-QIO analizará la información médica que le provea el hospital y también le pedirá su opinión sobre el caso. La BFCC-QIO tomará una decisión sobre su alta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción del pedido de apelación.



¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original?

Si la BFCC-QIO decide que le dan el alta antes de tiempo, Medicare deberá continuar cubriendo su estadía en el hospital por todo el tiempo que sea **necesaria por motivos médicos** (a excepción de los **deducibles** y el **coseguro**).

Si la QIO decide que usted está en condiciones de abandonar el hospital y que ha solicitado la apelación acelerada dentro del plazo establecido, no tendrá que pagar los cargos de internación (excepto el coseguro y deducibles) hasta el mediodía del día siguiente al día en que se le informe la decisión de la **BFCC-QIO**. Si usted recibe cualquier servicio como paciente internado después del mediodía de ese día, tendrá que pagar por dicho servicio.

Si tiene preguntas sobre el proceso de apelación acelerada en el hospital, llame a la BFCC-QIO al número que se indica en el aviso que le entrega el hospital. También puede visitar [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llamar al 1-800-MEDICARE para obtener el número de la BFCC-QIO. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo obtengo una apelación acelerada en otra dependencia que no sea un hospital?

Usted tiene el derecho de solicitar una apelación acelerada si considera que los servicios cubiertos por Medicare que recibe en un **Centro de Enfermería Especializada (SNF)**, de una **Agencia para el Cuidado de la Salud en el Hogar (HHA)**, en un **Centro Ambulatorio de Rehabilitación Amplia (CORF)** o un **hospicio** terminan antes de tiempo.

Si usted utiliza los servicios de un SNF, una HHA, un CORF o un hospicio, se le debe entregar el “Aviso de No Cobertura del Proveedor de Medicare” al menos 2 días antes de la finalización del servicio. Si no recibe este aviso, solicítelo. El aviso debe indicar:

- La fecha en la que finalizará la cobertura del servicio.
- Que usted deberá pagar por los servicios que reciba después de la fecha de finalización de la cobertura de los servicios señalada en el aviso.
- Su derecho de recibir un aviso detallado sobre los motivos de la interrupción de los servicios cubiertos.
- Su derecho de solicitar la apelación acelerada y la información de contacto de la BFCC-QIO de su estado para hacerlo.



¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original?

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Solicite la apelación acelerada a la **BFCC-QIO** antes del mediodía del día siguiente a la recepción del “Aviso de No Cobertura del Proveedor de Medicare”. Siga las instrucciones del aviso.

Después de vencido el plazo para solicitar la apelación acelerada, igualmente puede solicitar a la BCFF-QIO que evalúe su caso, pero se aplican normas y plazos diferentes.

Para más información, llame a la BFCC-QIO. Para obtener el número de teléfono, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué ocurre cuando se solicita la revisión de la BFCC-QIO?

Cuando la BFCC-QIO recibe su pedido de apelación acelerada, debe dar aviso al proveedor y el proveedor debe hacerle entrega del “Aviso de No Cobertura del Proveedor de Medicare” antes del final del día en que el proveedor recibe la comunicación de la BFCC-QIO. El aviso debe indicar:

- Los motivos por los cuales se considera que los servicios ya no son necesarios por razones médicas o por los cuales ya no están cubiertos.
- La norma o política de cobertura de **Medicare** aplicable e información acerca de cómo obtener un ejemplar de dicha reglamentación.
- Cómo se aplica dicha norma a su situación particular.

Si la BFCC-QIO decide que le dan el alta antes de tiempo, Medicare deberá continuar cubriendo su estadía en el SNF, la HHA, el CORF o el **hospicio** (excepto por los **deducibles** y el **coseguro**).

Si la BFCC-QIO decide que los servicios deben terminar, no tendrá que pagar por los servicios del SNF, la HHA, el CORF o el hospicio que reciba antes de la fecha de finalización que se indica en el Aviso de no cobertura de Medicare. Si usted continúa recibiendo los servicios después de la fecha de finalización, deberá pagar por tales servicios.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 55–58.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original?

Si tiene preguntas sobre sus derechos relativos a los servicios de un SNF, una HHA, un CORF o un hospicio, incluidos los derechos de apelar la decisión de la BFCC-QIO, de recibir avisos o de conocer sus derechos después de la fecha límite para solicitar la apelación, comuníquese telefónicamente con la BFCC-QIO al número de teléfono que se indica en el aviso. O visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE para obtenerlo. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué es el “Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario”?

Si usted está afiliado a **Medicare Original** y su médico, **proveedor de servicios de salud** o **abastecedor** considera que es posible (o seguro) que Medicare no pagará por un artículo o un servicio, le hará entrega de un “Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario” (ABN, por sus siglas en inglés). Es un aviso que utilizan los médicos, abastecedores y ciertos proveedores de servicios de salud como son los terapeutas físicos u ocupacionales independientes, los laboratorios y los departamentos ambulatorios de los hospitales.

El ABN le indicará los servicios o los artículos por los cuales Medicare no pagará, los motivos por los cuales no lo hará y una estimación de sus costos. El ABN le brinda información para que usted decida si aún desea recibir el servicio o no y se entiende que, **si lo recibe, deberá pagarlo usted mismo**.

Se le pedirá que seleccione una de las opciones de un cuadro y que firme el aviso como comprobante de que ha leído y entendido lo que le indica el aviso. Usted debe escoger una de las opciones siguientes:

- **Opción 1**—Recibir, de todas formas, los artículos o los servicios que posiblemente Medicare no pague. El proveedor o abastecedor puede requerirle el pago, en cuyo caso usted debe solicitarle que envíe a Medicare la **reclamación** por estos servicios o artículos. Si Medicare deniega el pago, usted debe pagar pero puede apelar la decisión.
- **Opción 2**—Recibir, de todas formas, los artículos o los servicios que posiblemente Medicare no pague y no solicitar al proveedor o abastecedor que gestione el pago ante Medicare. Usted deberá pagar por los artículos o los servicios y, como no se envía una reclamación a Medicare, usted no tendrá el derecho de apelar.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original?

- **Opción 3**—No recibir los artículos ni los servicios, en cuyo caso no se presentará **reclamación** y usted no tendrá que pagar. Como no se presenta una reclamación, usted no tendrá el derecho de apelar.

El ABN no es una denegación oficial de **Medicare**. Usted podrá apelar la decisión solo si el pago es denegado cuando se presenta la reclamación.

Otras clases de avisos anticipados

1. Aviso anticipado de no cobertura al beneficiario de un centro de enfermería especializada (SNFABN)

Si un **centro de enfermería especializada** considera que es posible que Medicare deje de pagar por su estadía por razones médicas o porque se le considera **cuidado de compañía**, le enviará un SNFABN indicándole la fecha en la que Medicare dejará de pagar por los servicios. Este aviso escrito le da opciones similares a las del ABN (consulte la página 22).

El SNFABN le indicará la fecha en la que Medicare dejará de pagar por los servicios. Si decide recibir los servicios de todas formas, que ya no estarán cubiertos por la **Parte A**, no tendrá obligación de pagarlos hasta que se haya presentado la reclamación y Medicare haya denegado el pago. Sin embargo, usted deberá pagar los cargos que paga normalmente mientras se procesa la reclamación. Estos costos incluyen el **coseguro** diario, los servicios y los insumos que Medicare por lo general no cubre.

El SNF puede cobrarle los servicios de la **Parte B**. Si luego Medicare los paga, le hará un reembolso por la cantidad total, deducidos los **copagos** y **deducibles**.

2. “Aviso de no cobertura del hospital” (HINN)

Es un documento que le entrega el hospital cuando existe la posibilidad de que Medicare no cubra todos o parte de los servicios de internación. El aviso le explicará los motivos por los que el hospital estima que Medicare no pagará por los servicios y los costos a su cargo, si desea continuar con los servicios.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 55–58.

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 55–58.

Servicios e insumos excluidos por lo general de la cobertura de Medicare

Los médicos, **proveedores de la salud** y **abastecedores** no están obligados (aunque pueden hacerlo) a darle un ABN por los servicios que **Medicare** por lo general no cubre, por ejemplo:

- Servicios dentales
- Audífonos
- Exámenes de la vista de rutina
- Podología de rutina

¿Qué avisos dan otras agencias de salud?

Las agencias para el cuidado de la salud en el hogar están obligadas a cursar por escrito a los afiliados de **Medicare Original** los avisos siguientes:

1. “Aviso de modificación de la atención de la salud a domicilio” (HHCCN)

El HHCCN es una notificación escrita que la **agencia para el cuidado de la salud en el hogar** debe proporcionarle cuando su plan de atención domiciliaria se modifique en razón de alguno de los siguientes motivos:

- Si, en virtud de una decisión comercial, la agencia dispone reducir o suspender alguno o todos los servicios o artículos de atención domiciliaria.
- Si su médico modificó la orden de reducir o interrumpir alguno o todos los servicios o los artículos de atención domiciliaria.

El HHCCN debe indicar los servicios y los artículos cuya reducción o interrupción se dispone y proporcionarle las instrucciones sobre cómo proceder si está en desacuerdo con la modificación.

La agencia para el cuidado de la salud en el hogar no está obligada a enviarle un HHCCN cuando se le haya enviado un “Aviso de no cobertura de Medicare”. Para más información, consulte la página 25.



2. “Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario” (ABN)

Si una **agencia para el cuidado de la salud en el hogar** entiende que existe la posibilidad de que **Medicare** no pague por determinados artículos o servicios de atención domiciliaria, en todo o en parte, la agencia está obligada a enviarle un ABN. Para más información sobre ABN, consulte la página 22.

Las agencias para el cuidado de la salud en el hogar están obligadas a enviarle un ABN antes de proporcionarle artículos o servicios posiblemente no cubiertos por Medicare en razón de cualquiera de los siguientes motivos:

- Si no se consideran adecuados ni justificados por razones médicas.
- Si consideran **cuidados de compañía**.
- Si usted no está confinado en su domicilio.
- Si usted no necesita atención de enfermería profesional en forma intermitente.

Nota: Queda sin efecto el “Aviso anticipado de atención domiciliaria al beneficiario” (HHABN). Este instrumento fue reemplazado por el HHCCN y el ABN en 2013.

3. “Aviso de no cobertura de Medicare” (NOMMC)

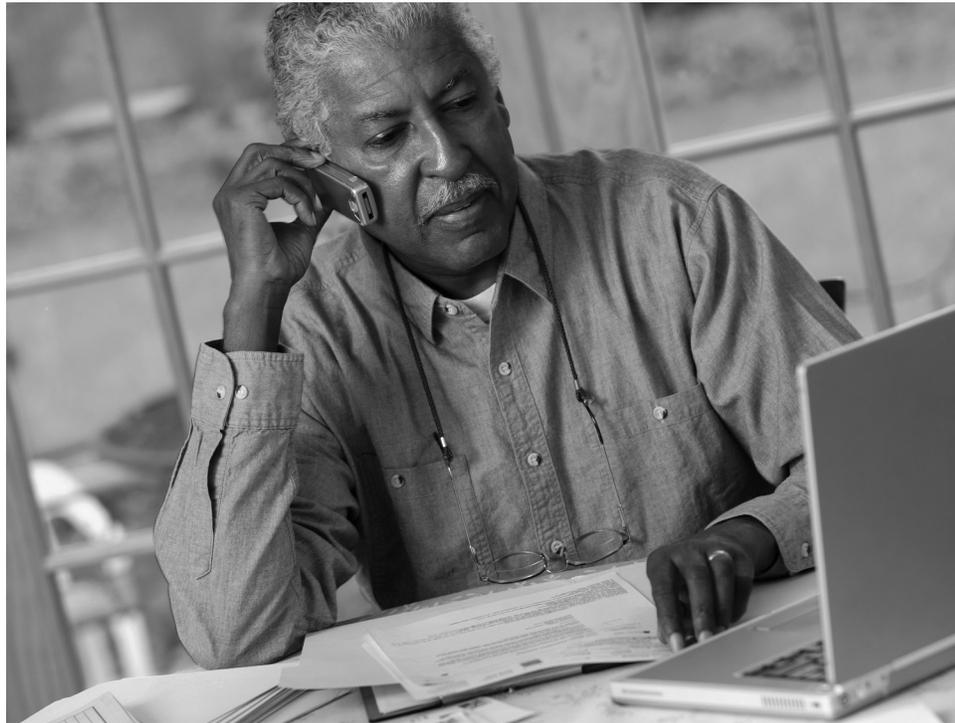
La agencia para el cuidado de la salud en el hogar le hará llegar un NOMNC cuando los servicios cubiertos por Medicare estén próximos a finalizar. Este aviso le hará saber en qué fecha finaliza la cobertura de los servicios y cómo apelar si usted considera que los servicios finalizan antes de tiempo. El NOMNC le indica cómo contactar al **BFCC-QIO** para solicitar una apelación acelerada. Si no lo recibe, solicítelo.

Si decide solicitar la apelación acelerada, comuníquese con la BFCC-QIO dentro del plazo indicado en el aviso. Después de solicitar la apelación acelerada, usted recibirá una segunda notificación con más información acerca de los motivos de la finalización de la atención. La BFCC-QIO puede hacerle preguntas sobre la atención. Solicite a su médico toda la información que contribuya a sustentar su caso y envíela a la BFCC-QIO.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a Medicare Original?

4. “Explicación detallada de no cobertura” (DENC)

La agencia para el **cuidado de la salud en el hogar** le hará llegar una DENC cuando la **BFCC-QIO** informe que usted le ha solicitado la revisión de su caso. El DENC le explicará los motivos por los que la agencia para el cuidado de la salud en el hogar considera que **Medicare** continuará pagando por la atención domiciliaria.



Sección 3: ¿Cómo apelo si estoy afiliado a un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

3

Los **Planes Medicare Advantage** (como los HMO o los PPO) y los **Planes Medicare de Costo** son opciones de planes de salud aprobados por Medicare y gestionados por empresas privadas. Cuando usted se inscribe en un plan Medicare Advantage o en otro **plan de salud de Medicare**, usted sigue formando parte del programa de Medicare.

Los planes de costos de Medicare son clases de HMO que están disponibles en determinadas regiones del país. Usted puede afiliarse aun si solo cuenta con la **Parte B**. Si usted tiene un plan de costos de Medicare y solicita los servicios de un proveedor fuera de la red, los servicios quedan cubiertos por **Medicare Original**. Usted puede obtener la cobertura para medicamentos recetados del plan de costos (si está disponible) o bien afiliarse a un **Plan Medicare de Medicamentos Recetados** de Medicare para ampliar la cobertura de medicamentos recetados. Si usted está afiliado a un plan de costos de Medicare y desea apelar los servicios obtenidos fuera de la red, deberá seguir el proceso de apelación de Medicare Original. Consulte la sección 2.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 55–58.

Si usted es afiliado de un programa de cuidados todo incluido para ancianos (PACE, por sus siglas en inglés), sus derechos de apelación son diferentes. La organización PACE le proporcionará información escrita acerca de sus derechos de apelación.

Su plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare le proporcionará la información sobre sus derechos. Comuníquese telefónicamente si tiene alguna pregunta.

Si usted está afiliado a un plan Medicare Advantage o a otro plan de salud de Medicare, tiene el derecho de solicitar una apelación para resolver las diferencias con el plan. Usted tiene el derecho de solicitar que su plan le proporcione o pague los artículos o los servicios que usted considera que deberían estar comprendidos o seguir siendo proporcionados.

Si decide apelar, solicite a su médico, **proveedor** o **abastecedor** toda la información que contribuya a sustentar a su caso. Conserve una copia de toda la documentación que envíe como parte de la apelación.

¿Cuál es el proceso de apelación para los planes Medicare Advantage u otros planes de salud de Medicare?

Solicitar la determinación de la organización

Usted tiene el derecho de solicitar que su plan le proporcione o pague los artículos o los servicios que usted considera que deberían estar comprendidos o seguir siendo proporcionados. Este paso se denomina “determinación de la organización”. Usted, su representante o su médico pueden solicitar a su plan la determinación de la organización, por adelantado, para asegurarse de que los servicios están comprendidos en la cobertura, o bien después de la negativa de pago de los servicios.

Si usted considera que su salud puede verse seriamente afectada por la espera ordinaria de 14 días para la decisión, solicite a su plan una decisión acelerada. El plan deberá darle aviso de su decisión dentro de 72 horas si se determina, o si su médico informa que la espera ordinaria de 14 días puede poner en riesgo su vida, su salud o sus posibilidades de recuperar plenamente sus capacidades.

Si el plan no cubre los artículos o los servicios que usted solicitó, recibirá una notificación que le explicará los motivos por los cuales su plan denegó, total o parcialmente, la solicitud y le proporcionará las instrucciones para apelar la decisión del plan. Si usted apela la decisión del plan, es recomendable solicitar una copia de su expediente con la información médica y demás datos sobre su caso. Es posible que el plan le cobre un cargo por esta información.

Si usted está en desacuerdo con la decisión inicial de su plan (determinación de la organización), puede presentar una apelación. El proceso de apelación tiene cinco niveles:

Nivel 1: Reconsideración del plan

Nivel 2: Revisión por una entidad de revisión independiente (IRE)

Nivel 3: Audiencia ante un juez de derecho administrativo

Nivel 4: Revisión del Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo de apelaciones)

Nivel 5: Revisión judicial por un tribunal federal de distrito

Si usted está en desacuerdo con la decisión tomada en cualquiera de los niveles del proceso, por lo general puede avanzar hacia el nivel siguiente. En cada nivel, usted recibirá las instrucciones acerca de cómo proseguir con el siguiente nivel de apelación.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Nivel 1: Reconsideración del plan

Si está en desacuerdo con la decisión inicial del plan (determinación de la organización), usted, su representante o su médico pueden solicitar la reconsideración (una segunda evaluación). Si la apelación es respecto de un servicio que usted aún no ha recibido, su médico puede solicitar la reconsideración en su nombre.

Usted debe solicitar la reconsideración dentro de los 60 días siguientes a la determinación de la organización.

¿Cómo solicito la reconsideración?

Usted o su médico deben solicitar la reconsideración estándar o acelerada por escrito, salvo que el plan lo autorice hacerlo por teléfono, fax o correo electrónico. El domicilio del plan aparece en publicaciones del plan y en la determinación de la organización.

Para solicitar la reconsideración, siga las instrucciones del “Aviso de denegación de cobertura médica” o en el “Aviso de denegación de pago” que recibió en respuesta a la solicitud de reconsideración. La solicitud escrita de reconsideración debe incluir:

- Su nombre, su domicilio y su número de **Medicare**.
- La descripción de los artículos o los servicios objeto de la reconsideración, las fechas en que se le brindaron y los motivos de la apelación.
- El nombre de su representante y la prueba del nombramiento, de corresponder. Para más información sobre cómo designar un representante, consulte la sección 1.

Incluya, además, toda otra información que contribuya a sustentar su caso. Conserve una copia de toda la documentación que envíe como parte de la apelación.

El plan deberá responder a su solicitud dentro de los siguientes plazos:

- Solicitud acelerada—72 horas
- Solicitud estándar—30 días
- Solicitud de pago—60 días

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 55–58.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Su solicitud será acelerada si se determina, o si su médico informa que la espera estándar puede poner en riesgo su vida, su salud o sus posibilidades de recuperar plenamente sus capacidades.

El plazo para completar una solicitud estándar de servicio o una apelación acelerada puede extenderse hasta 14 días. El plazo puede extenderse, por ejemplo, si su plan necesita más información o si la extensión puede resultar en un beneficio para usted.

Si el plan rechaza su pedido, en todo o en parte, la apelación se elevará automáticamente a la consideración de una IRE, que representa el segundo nivel de apelación.

Nivel 2: Revisión por una entidad de revisión independiente (IRE)

Por cada apelación, el plan le informará la decisión por escrito. Si la decisión del plan le es adversa, su apelación se enviará automáticamente al segundo nivel de apelación. En ese caso, la notificación del plan le indicará los motivos específicos de la denegación total o parcial.

Usted tiene el derecho de proporcionar a la IRE información adicional, dentro de los 10 días de la fecha del aviso de recepción del caso por parte de la IRE. El domicilio de la IRE se indica en el aviso.

Por lo general, la IRE le informará su decisión por escrito mediante un aviso de “Determinación de reconsideración”, dentro de los plazos siguientes:

- Solicitud acelerada—72 horas
- Solicitud estándar—30 días
- Solicitud de pago—60 días

Usted tendrá una decisión acelerada si la IRE determina que la espera estándar puede poner en riesgo su vida o su salud.

Nota: Algunas entidades de revisión independientes (IRE) se hacen llamar “QIC de Parte C”.

Si usted está en desacuerdo con la decisión de la IRE en el segundo nivel, tiene 60 días a partir de la recepción del aviso correspondiente para solicitar una audiencia con un juez de derecho administrativo, que representa el tercer nivel de apelación.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Nivel 3: Audiencia ante un juez de derecho administrativo

La audiencia ante un juez de derecho administrativo implica que otra persona evaluará su caso de manera independiente antes de tomar una nueva decisión en forma imparcial. La audiencia ante el juez, por lo general, se realiza por teléfono o videoconferencia o, en algunos casos, también en persona.

Usted también puede solicitar que el juez tome una decisión sin celebrar la audiencia. Para acceder a la audiencia ante el juez, el importe de su caso tiene que cumplir con un requisito de cantidad mínima. Para 2015, el límite se fija en \$150. El juez decidirá si su solicitud cumple con este requisito. Es posible acumular distintas **reclamaciones** para alcanzar la cantidad mínima.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 55–58.

¿Cómo solicito una audiencia?

Siga las instrucciones de la reconsideración de la IRE para solicitar la audiencia ante el juez o presente un pedido escrito con la información que se indica debajo. Tenga en cuenta que si la información proporcionada es incompleta su caso puede retrasarse. El pedido debe incluir:

- Su nombre, su domicilio y su número de **Medicare**. El nombre y el domicilio de su representante, de corresponder.
- El número de control que le ha asignado la IRE, si lo hubiera.
- Las fechas de los servicios relativos a los artículos o a los servicios objeto de la apelación.
- Los motivos por los cuales está en desacuerdo con la reconsideración de la IRE o con otra determinación objeto de apelación.
- Toda otra información que contribuya a sustentar su caso. Si no le es posible incluir esta información en la solicitud, acompañe una nota indicando en qué momento pondrá a disposición dicha información.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Conserve una copia de toda la documentación que envíe a **Medicare** como parte de la apelación. Para solicitar una audiencia ante el juez, siga las instrucciones contenidas en la decisión de reconsideración de la IRE. Envíe su pedido a la IRE, que remitirá el expediente del caso al juez. Si desea más información sobre el proceso de apelación ante un juez de derecho administrativo, visite [hhs.gov/omha](https://www.hhs.gov/omha) y seleccione la opción “Apelaciones sobre cobertura y reclamaciones”. Si necesita ayuda para solicitar una audiencia ante un juez de derecho administrativo, comuníquese telefónicamente con un representante de su plan.

Si la decisión del juez le es favorable, el plan puede apelar esta decisión ante el Consejo de apelaciones de Medicare.

Si usted está en desacuerdo con la decisión del juez de derecho administrativo en el tercer nivel, tiene 60 días a partir del desde que se le notifica la decisión del juez para solicitar la revisión al Consejo de apelaciones de Medicare, que representa el cuarto nivel.

Nivel 4: Revisión del Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo de apelaciones)

Usted puede solicitar la revisión de su caso por el Consejo de apelaciones, con independencia del importe en dólares del caso.

¿Cómo solicito la revisión?

Para solicitar la revisión del Consejo de apelaciones, siga las instrucciones mencionadas en el aviso de decisión del juez de derecho administrativo, en el tercer nivel. Envíe la solicitud al Consejo de apelaciones, cuya dirección se indica en el aviso de decisión del juez. Usted puede solicitar la revisión del Consejo de apelaciones de cualquiera de las siguientes formas:

1. Complete el formulario “Solicitud de Revisión de la Decisión/ Denegación del juez de derecho administrativo” (DAB-01), disponible en [hhs.gov/dab/divisions/dab101.pdf](https://www.hhs.gov/dab/divisions/dab101.pdf), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia gratis. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 55-58.

2. Envíe una solicitud escrita al Consejo de apelaciones, que debe incluir:
 - Su nombre y su número de Medicare. El nombre de su representante, de corresponder.
 - Las fechas y los servicios o los artículos específicos en cuestión. Para obtener esta información consulte el aviso de decisión del juez.
 - La indicación de las partes de la decisión del juez con las que está en desacuerdo y los motivos correspondientes.
 - La fecha de la decisión del juez.
 - Su firma. El nombre y la firma de su representante, de corresponder.
 - Si su solicitud de que el caso sea evaluado por el Consejo de apelaciones se funda en la falta de una decisión oportuna del juez de derecho administrativo, señale en qué oficina está pendiente su pedido de audiencia.

Conserve una copia de toda la documentación que envíe a Medicare como parte de la apelación. Para más información sobre el proceso de revisión ante el Consejo de apelaciones, visite hhs.gov/dab y seleccione la opción “División de operaciones de Medicare”. Si necesita ayuda para solicitar la revisión ante el Consejo de apelaciones, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Por lo general, el Consejo de apelaciones le comunicará su decisión por escrito dentro de los 90 días siguientes a la recepción de la solicitud. Si el Consejo de apelaciones no resuelve dentro de este plazo, usted puede requerirle que remita el caso al nivel de apelación siguiente.

Si usted está en desacuerdo con la decisión del Consejo de apelaciones tomada en el cuarto nivel, tiene 60 días desde que se le notifica la decisión del Consejo de apelaciones para solicitar la revisión de un tribunal federal de distrito, que representa el quinto nivel de apelación.

Nivel 5: Revisión judicial por un tribunal federal de distrito

Si usted está en desacuerdo con la decisión del Consejo de apelaciones, puede solicitar la revisión judicial de un tribunal federal de distrito. Para acceder a esta revisión, su caso debe cumplir con un requisito de cantidad mínima. Para 2015, la cantidad mínima para que la corte acepte el pedido de revisión se fija en \$1,460. Es posible acumular reclamaciones para alcanzar la cantidad mínima.

3

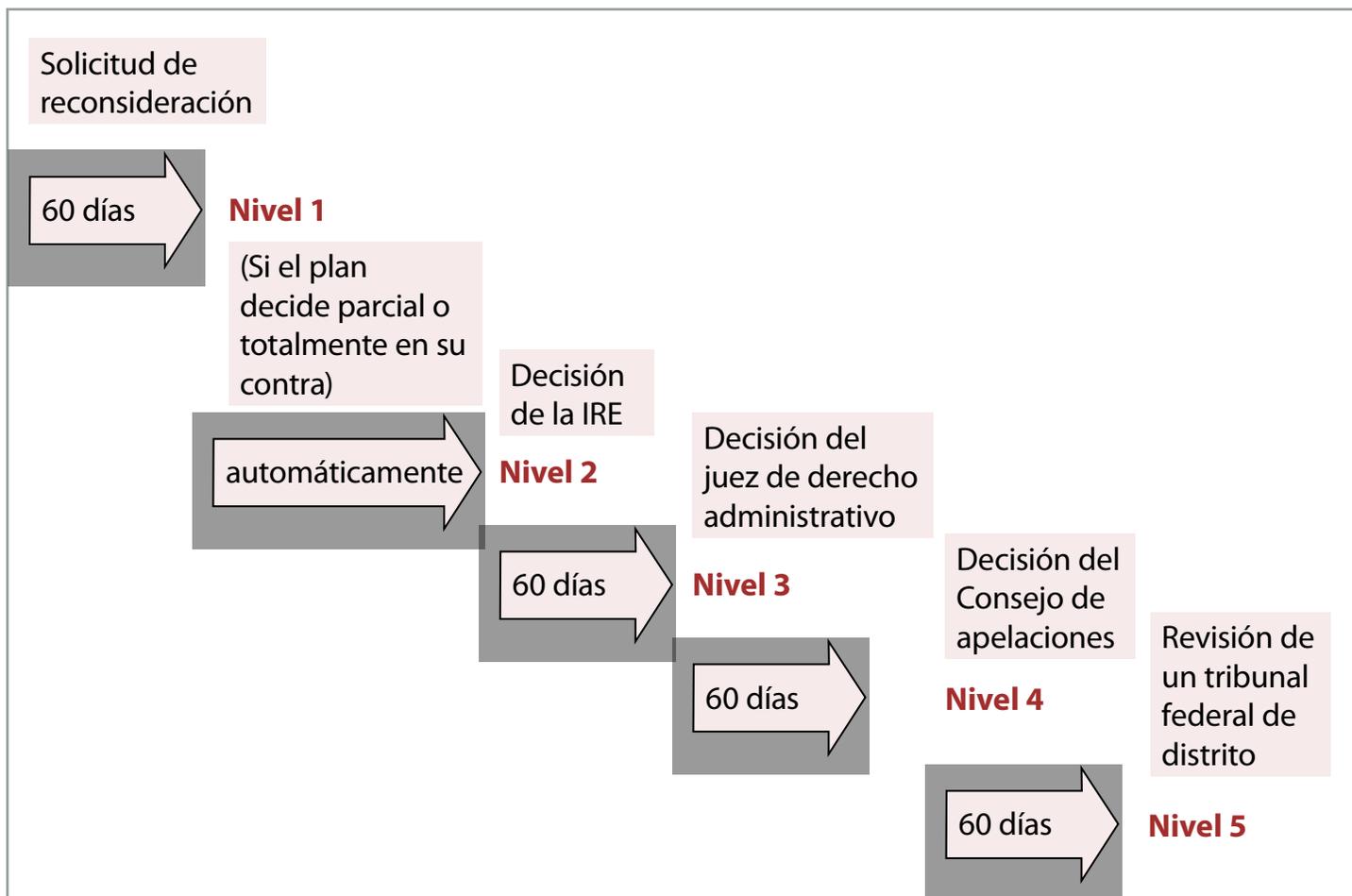
¿Cómo apelo si estoy afiliado a un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

¿Cómo solicito esta revisión?

Siga las instrucciones mencionadas en el aviso de decisión del Consejo de apelaciones, en el cuarto nivel, para apelar ante el tribunal federal de distrito.

Si desea más información sobre el proceso de apelaciones:

- Visite [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para obtener los formularios de apelación, visite [Medicare.gov/claims-and-appeals/file-an-appeal/appeals-forms.html](https://www.Medicare.gov/claims-and-appeals/file-an-appeal/appeals-forms.html).
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** para obtener ayuda personalizada, también en materia de apelaciones. Puede obtener el número de teléfono en [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE.



¿Cómo obtengo una apelación acelerada en un hospital?

Cuando usted es admitido para internación en el hospital, tiene el derecho de recibir los servicios y la atención necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión. Si considera que le están dando de alta antes de tiempo, solicite a la **Organización para el mejoramiento de la calidad del cuidado centrado en el beneficiario y la familia (BFCC-QIO)** que revise su caso. Para obtener el número de teléfono de la BFCC-QIO, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Durante la internación, le entregaran un aviso titulado “Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos” (también conocido como “Mensaje importante de Medicare” o “IM”). Si no lo recibe, solicítelo. Este documento contiene la información de contacto de la BFCC-QIO e indicaciones sobre:

- Su derecho de recibir todos los servicios del hospital **necesarios por motivos médicos**.
- Su derecho de participar de las decisiones que toma el hospital, su médico u otra persona sobre los servicios y sobre quién pagará por ellos.
- Su derecho de recibir los servicios necesarios una vez que abandone el hospital.
- Su derecho de apelar una decisión sobre su alta y los pasos para hacerlo.
- Las circunstancias en las que usted tendrá o no tendrá que pagar los cargos de su permanencia en el hospital.
- Su derecho de recibir un aviso detallado sobre los motivos de la interrupción de los servicios cubiertos.

Usted recibirá el IM durante los 2 primeros días de su admisión. Si el hospital le entrega el IM más de 2 días antes de la fecha del alta, le tiene que entregar una copia del IM original firmado o un IM nuevo (que usted deberá firmar) antes del alta.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 55–58.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 55–58.

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Usted puede solicitar a la **BFFC-QIO** una apelación acelerada si considera que le dan el alta antes de tiempo. Para hacerlo, siga las instrucciones del IM. Solicite la apelación acelerada a más tardar el día en que está programada el alta del hospital.

Si solicita la apelación en el plazo estipulado, puede quedarse en el hospital sin tener que pagar (excepto por el **coseguro** y los **deducibles**) hasta que la BFFC-QIO tome la decisión.

Vencido el plazo para solicitar la apelación acelerada, igualmente puede pedir la reconsideración a su plan, pero los servicios del hospital solamente serán cubiertos si se decide a su favor.

Para solicitar una apelación acelerada, comuníquese con el **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)**. Para obtener el número de teléfono visite Medicare.gov/contacts, o llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué ocurre cuando se solicita la revisión a la BFFC-QIO?

Cuando la BFFC-QIO recibe su pedido de apelación acelerada, debe dar aviso al plan y al hospital. A usted se le entregará un “Aviso de alta detallado” antes del mediodía de ese mismo día. El aviso incluirá:

- El motivo por el que se considera que los servicios ya no son **necesarios por razones médicas** o por los que ya no estarán cubiertos.
- La norma o política de cobertura de **Medicare** aplicable e información acerca de cómo obtener un ejemplar de dicha reglamentación.
- Cómo se aplica dicha norma a su situación particular.

La BFFC-QIO analizará la información médica proporcionada por el hospital y también le pedirá su opinión sobre el caso. La BFFC-QIO tomará una decisión sobre su alta en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibe dicha información.

Si la QIO decide que le dan el alta antes de tiempo, Medicare seguirá cubriendo su estadía en el hospital por todo el tiempo que sea necesario por razones médicas (excepto los deducibles y el coseguro).

¿Cómo apelo si estoy afiliado a un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Si la QIO decide que usted está en condiciones de abandonar el hospital y que ha solicitado la apelación acelerada dentro del plazo establecido, usted no estará obligado a pagar los cargos hospitalarios (excepto el **coseguro** y los **deducibles**) hasta el mediodía del día siguiente al día en que usted se notifique de la decisión de la **BFCC-QIO**. Si usted recibe cualquier servicio como paciente internado después del mediodía de ese día, deberá pagar por dicho servicio.

Si tiene preguntas sobre las apelaciones aceleradas en los hospitales, llame a la QIO al número que aparece en el aviso que le entrega el hospital. También puede visitar [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llamar al 1-800-MEDICARE para obtener el número de la QIO. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo obtengo una apelación acelerada en otra dependencia que no sea un hospital?

Usted tiene el derecho de solicitar una apelación acelerada si piensa que los servicios cubiertos por Medicare que recibe en un **Centro de Enfermería Especializada** (SNF), una **Agencia para el Cuidado de la Salud en el Hogar** (HHA), o un **Centro Ambulatorio de Rehabilitación Amplia** (CORF) terminan antes de tiempo. En la apelación acelerada, la BFCC-QIO analiza su caso y decide si es necesario continuar con los servicios de atención de la salud.

Si usted recibe servicios de un SNF, una HHA o un CORF, se le entregará un “Aviso de no cobertura del proveedor de Medicare” al menos 2 días antes de la finalización del servicio. Si no recibe este aviso, solicítelo. El aviso le indicará:

- La fecha en la que finalizará la cobertura del servicio.
- Que tal vez tenga que pagar por los servicios que reciba después de la fecha en que termina la cobertura de los servicios, que aparece en el aviso.
- Su derecho de recibir un aviso detallado sobre los motivos de la interrupción de los servicios cubiertos.
- Su derecho de solicitar la apelación acelerada y la información de contacto de la BFCC-QIO de su estado para hacerlo.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

¿Cómo solicito una apelación acelerada?

Solicite a la **BFCC-QIO** la apelación acelerada antes del mediodía del día siguiente a la recepción del “Aviso de no cobertura del proveedor de Medicare”. Siga las instrucciones del aviso.

Vencido el plazo para solicitar la apelación acelerada a la BFCC-QIO, igualmente puede solicitar la reconsideración acelerada a su plan, pero los servicios del hospital solamente serán cubiertos si se decide a su favor.

¿Qué ocurre cuando se solicita la revisión de la BFCC-QIO?

Cuando la BFCC-QIO recibe su pedido de apelación, debe dar aviso al plan y al proveedor. A usted se le entregará un “Aviso detallado de no cobertura” antes del final del día. El aviso incluirá:

- Los motivos por los cuales los servicios ya no estarán cubiertos.
- La descripción y la referencia a la reglamentación o política de cobertura de **Medicare** aplicable e información acerca de cómo obtener una copia de la reglamentación invocada para dar por finalizada la cobertura.
- La política, estipulación contractual o motivo sobre el cual se funda la decisión de darle el alta.

BFCC-QIO le:

- Preguntará por qué piensa que la cobertura de los servicios debe continuar.
- Revisará los registros médicos y la información proporcionada por el plan.
- Decidirá al cierre de operaciones del día después de recibir la información necesaria para tomar una decisión.

Si la BFCC-QIO decide que le dan el alta antes de tiempo, el plan seguirá cubriendo su estadía en el SNF, la HHA o el CORF (a excepción de los **deducibles** y el **coseguro**).

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 55–58.

¿Cómo apelo si estoy afiliado a un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Si la BFCC-QIO decide que los servicios deben finalizar, usted no estará obligado a pagar por los servicios del SNF, la HHA o el CORF que reciba antes de la fecha de finalización mencionada en el “Aviso de no cobertura de Medicare”. Si usted continúa recibiendo los servicios después de la fecha de finalización, deberá pagar por tales servicios.

Si tiene preguntas sobre sus derechos relativos a los servicios de un SNF, una HHA o un CORF, incluidos los derechos de apelar la decisión de la **BFCC-QIO**, de recibir avisos o de conocer sus derechos después de la fecha límite para solicitar la apelación, comuníquese telefónicamente con la BFCC-QIO al número de teléfono que se indica en el aviso. Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE para obtenerlo. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo presento una queja?

Si tiene inquietudes o problemas con su **plan Medicare Advantage** o con su **plan de salud de Medicare** que no están relacionadas con la obtención de pagos o servicios, puede presentar una “queja”.

- Si la queja está relacionada con la calidad de la atención que recibe o recibió, puede hacerla llegar a su plan o a la BFCC-QIO de su estado. Para obtener el número de teléfono de la BFCC-QIO, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE.
- Usted puede presentar una queja ante el plan de salud de Medicare en los siguientes casos:
 - Si usted considera que el horario de atención al público de su plan debería ser distinto.
 - Si usted cree que no hay suficientes especialistas en el plan para atender sus necesidades.
 - Si la empresa que ofrece el plan le envía documentos que no están relacionados con el plan y que usted no solicitó.
 - Si el plan no le da respuesta a una solicitud de determinación de cobertura dentro del plazo correspondiente. Consulte el primer nivel de apelación en la página 29.

3

¿Cómo apelo si estoy afiliado a un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

- Si el plan no remitió su caso la IRE. Consulte el segundo nivel de apelación en la página 30.
- Si está en desacuerdo con que el plan desestime su pedido de apelación acelerada o con la decisión del plan de extender el plazo para tomar una decisión.
- Si el plan no le hizo entrega de los avisos requeridos.
- Si los avisos del plan no cumplen con las normas de **Medicare**.

Cuando usted se inscribe en un **plan Medicare Advantage** o en otro **plan de salud de Medicare**, en los documentos que le envía el plan, encontrará la información sobre cómo presentar una **queja**. Lea la información atentamente consérvela por si la necesita en el futuro. Si tiene preguntas, comuníquese telefónicamente con un representante del plan.

Sección 4: ¿Cómo apelo si tengo un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare?

4

Si usted tiene cobertura para medicamentos recetados a través de un **Plan Medicare de Medicamentos Recetados (PDP)**, de un **plan Medicare Advantage** con dicha cobertura (MA-PD) o de otro plan, se le proporcionará información sobre sus derechos (“Prueba de cobertura”). Si tiene preguntas, comuníquese con un representante del plan.

Usted tiene el derecho de solicitar que su plan le proporcione o pague los medicamentos que usted considera que deberían estar comprendidos o continuar siendo proporcionados. Si usted está en desacuerdo con la decisión del plan acerca de interrumpir el pago o el suministro de un medicamento, tiene el derecho de apelar.

Si desea apelar, pídale a su médico u otro **proveedor de la salud** toda la información que contribuya a sustentar a su caso. Conserve una copia de toda la documentación que envíe como parte de la apelación.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 55–58.

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

Si el farmacéutico le dice que el plan de Medicare no cubrirá un medicamento y usted piensa que debería hacerlo, o que lo cubrirá el medicamento por un precio más alto, usted tiene las siguientes opciones:

1. **Comuníquese con la persona que le recetó el medicamento.**

Pregunte a la persona que le recetó el medicamento si usted cumple con el requisito de autorización previa o de la terapia en pasos/etapas. Para información sobre estos requisitos, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Pregunte también a la persona que le recetó el medicamento si hay un medicamento genérico, de venta libre o de otra marca más económica que sirva para tratar su condición del mismo modo que el medicamento actual.

2. Solicite una determinación de cobertura (incluida una “excepción”)

Usted, su representante, su médico o la persona que le receta el medicamento pueden solicitar al plan (verbalmente o por escrito) que cubra el medicamento que necesita. Usted puede pedir una determinación de cobertura si el farmacéutico o el plan le informan:

- Que el medicamento que usted piensa que debería estar cubierto no lo está.
- Que el medicamento está cubierto a un precio más alto que el que usted pensó que debía pagar.
- Que debe cumplir con cierto requisito (como por ejemplo, una autorización previa) antes de recibir el medicamento que ha solicitado.
- Que un medicamento del **formulario** no está cubierto porque el plan estima que usted no lo necesita.

Usted, su representante, su médico o la persona que le receta el medicamento pueden solicitar al plan una determinación de cobertura conocida como “excepción” en los siguientes casos:

- Si considera que el plan debe cubrir un medicamento que no está en el formulario porque los otros medicamentos del formulario no le han hecho efecto.
- Si su médico o quien le receta el medicamento considera que usted no está en condiciones de dar cumplimiento a alguno de los requisitos, por ejemplo, la autorización previa, la terapia en etapas o el requisito de límite de dosis o cantidad.
- Si usted considera que el plan debería cobrarle un precio más bajo por un medicamento del nivel de medicamentos no preferidos del plan, porque los otros medicamentos no le hacen efecto.

Si solicita una excepción, su médico o quien le receta el medicamento deberá proporcionar una declaración de motivos. Pregunte a un representante del plan si necesita esta declaración y si debe presentarla por escrito. El plazo que tiene el plan para decidir comienza en el momento en que el plan recibe la declaración del médico.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 55–58.

¿Cómo apelo si tengo un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare?

Usted puede solicitar una determinación de cobertura antes o después de pagar por los medicamentos; de pagar por ellos, conserve el recibo y solicite el reembolso a través de una determinación de cobertura.

Usted puede solicitar una determinación de cobertura estándar o acelerada. Los plazos se indican a continuación:

¿Cómo solicito una determinación de cobertura estándar?

Usted, su representante, su médico u otro proveedor pueden solicitar una determinación de cobertura (incluida una excepción) de acuerdo con las instrucciones del plan. El plan debe dar respuesta dentro de las 72 horas en los casos de solicitudes de medicamentos y dentro de los 14 días corridos en los casos de solicitud de pago.

Usted puede llamar, enviar una nota o enviar el formulario “Modelo de solicitud de determinación de cobertura” al plan para solicitar la determinación de cobertura o una excepción. Obtenga el formulario en cms.gov/MedPrescriptDrugApplGriev/13_Forms.asp o solicítelo a su plan. Sin perjuicio de ello, el plan está obligado a aceptar todo pedido de determinación de cobertura que usted, su representante o su médico presente por escrito.

¿Cómo solicito una determinación de cobertura acelerada?

Usted, su representante, su médico u otro proveedor pueden pedir una determinación de cobertura acelerada para que el plan tome una decisión en 24 horas. La decisión acelerada tendrá lugar si el plan determina, o si su médico o quien le receta el medicamento informan que la espera de 72 horas puede poner en riesgo su vida, su salud o sus posibilidades de recuperar plenamente sus capacidades. La decisión acelerada queda excluida si usted ya adquirió el medicamento.

Usted puede llamar, enviar una nota o enviar el formulario “Modelo de solicitud de determinación de cobertura” al plan para solicitar la determinación de cobertura acelerada o una excepción. Obtenga el formulario en cms.gov/MedPrescriptDrugApplGriev/13_Forms.asp o solicítelo a su plan.

4

¿Cómo apelo si tengo un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare?

¿Qué ocurre si estoy en desacuerdo con la decisión?

El plan de medicamentos recetados le informará la decisión por escrito. Si usted está en desacuerdo, tiene el derecho de apelar.

¿Cuál es el proceso de apelación en los planes de cobertura de medicamentos recetados de Medicare?

El proceso de apelación tiene 5 niveles:

Nivel 1: Redeterminación del plan

Nivel 2: Reconsideración por una entidad de revisión independiente (IRE)

Nivel 3: Audiencia ante un juez de derecho administrativo

Nivel 4: Revisión del Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo de apelaciones)

Nivel 5: Revisión judicial por un tribunal federal de distrito

Si usted está en desacuerdo con la decisión tomada en cualquiera de los niveles del proceso, por lo general puede avanzar hacia el nivel siguiente. En cada nivel, usted recibirá las instrucciones acerca de cómo proseguir con el siguiente nivel de apelación.

Nivel 1: Redeterminación del plan

Si usted está en desacuerdo con la decisión inicial de su plan (determinación de la cobertura), puede solicitar la redeterminación.

Usted debe solicitar la redeterminación dentro de los 60 días siguientes a la determinación de la cobertura.

¿Cómo apelo si tengo un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare?

¿Cómo solicito la redeterminación?

Siga las instrucciones contenidas en el aviso de denegación inicial y en el material del plan. Usted, su representante, su médico o la persona que le receta el medicamento, puede solicitarle a su plan una redeterminación estándar o acelerada. La solicitud acelerada queda excluida cuando se trata de apelaciones de pago. Las solicitudes estándar se realizan por escrito, a menos que el plan posibilite la solicitud verbal, por ejemplo, por vía telefónica. Su solicitud será acelerada si se determina, o si su médico informa que la espera estándar puede poner en riesgo su vida, su salud o sus posibilidades de recuperar plenamente sus capacidades.

El plan está obligado a aceptar cualquier pedido de determinación de cobertura que usted, su representante o su médico presenten por escrito. El pedido escrito de redeterminación debe incluir:

- Su nombre, su domicilio y su número de Medicare o número de afiliado.
- El nombre del medicamento en cuestión.
- Los motivos de la apelación.
- El nombre de su representante y la prueba del nombramiento, de corresponder. Para más información sobre cómo designar un representante, consulte la sección 1.

Envíe la solicitud acompañada de toda otra información que contribuya a sustentar su caso, incluida su historia clínica. El domicilio y el teléfono del plan se indican en las publicaciones del plan y en la notificación de la determinación de cobertura del plan.

El plan deberá responder mediante un “Aviso de redeterminación”, dentro de los siguientes plazos:

- Redeterminación acelerada—tan pronto como lo demande su estado de salud, en cualquier caso, antes de las 72 horas
- Redeterminación estándar—7 días

Si usted está en desacuerdo con la decisión del plan sobre el pedido de redeterminación en el primer nivel, puede solicitar la reconsideración a la IRE, que representa el segundo nivel, dentro de los 60 días contados a partir de la decisión de redeterminación.

4

¿Cómo apelo si tengo un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare?

Nivel 2: Revisión por una entidad de revisión independiente (IRE)

Si el plan de medicamentos recetados de **Medicare** decide desfavorablemente en el primer nivel, le notificará la decisión por escrito. Si usted está en desacuerdo con la redeterminación del plan, usted, su representante o su médico pueden solicitar la reconsideración estándar o acelerada a la IRE. La redeterminación acelerada queda excluida cuando se trata de apelaciones sobre pagos.

¿Cómo solicito la reconsideración?

Siga las instrucciones del “Aviso de redeterminación”. Si la decisión es desfavorable, el plan debe proporcionarle, además, el formulario de “Solicitud de reconsideración”. Si no lo hace, solicítelo telefónicamente a un representante del plan. El formulario también está disponible en cms.gov/MedPrescriptDrugApplGriev/13_Forms.asp.

Envíe la solicitud a la IRE al domicilio o al fax que se indican en el aviso de redeterminación del plan. Su solicitud será acelerada si la IRE determina, o si su médico informa que la espera estándar puede poner en riesgo su vida, su salud o sus posibilidades de recuperar plenamente sus capacidades.

Al recibir la solicitud, la IRE le hará llegar un “Aviso de reconsideración” dentro de los siguientes plazos:

- Reconsideración acelerada—tan pronto como lo demande su estado de salud, en cualquier caso, antes de las 72 horas
- Reconsideración estándar—7 días

Si usted está en desacuerdo con la decisión de la IRE tomada en el segundo nivel, tiene 60 días a partir del momento en que recibe el aviso correspondiente para solicitar una audiencia ante un juez de derecho administrativo, que representa el tercer nivel de apelación.

¿Cómo apelo si tengo un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare?

Nivel 3: Audiencia ante un juez de derecho administrativo

La audiencia ante un juez de derecho administrativo implica que otra persona evaluará su caso de manera independiente y escuchará sus argumentos antes de tomar una nueva decisión en forma imparcial. La audiencia ante el juez, por lo general, se realiza por teléfono o videoconferencia o, en algunos casos, también en persona. Usted también puede solicitar al juez que tome una decisión sin llevar adelante la audiencia y el juez puede hacerlo si hay pruebas suficientes para fundar una decisión a su favor.

En la audiencia, usted podrá exponer los motivos por los cuales el plan de medicamentos recetados de **Medicare** debe cubrir el medicamento o reembolsarle su precio. También puede solicitar la participación de su médico en la audiencia, para que explique los motivos por los cuales el medicamento debería estar comprendido en la cobertura.

Para obtener una audiencia con el juez, su caso tiene que cumplir con un requisito de cantidad mínima. Para acceder a la audiencia con el juez, su caso tiene que cumplir con el requisito de la cantidad mínima. Para 2015, la cantidad mínima se fija en \$150. El juez decidirá si el caso cumple con el requisito de la cantidad mínima. Es posible acumular distintas **reclamaciones** para alcanzar la cantidad mínima.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 55–58.

¿Cómo solicito una audiencia?

Siga las instrucciones del aviso de reconsideración de la IRE para solicitar la audiencia ante el juez. Envíe la solicitud a la Oficina de audiencias y apelaciones de Medicare (OMHA) correspondiente, que se indica en el aviso de reconsideración. Usted o su representante pueden solicitar la audiencia de alguna de las siguientes maneras:

1. Complete el formulario “Pedido de audiencia con un juez de derecho administrativo”, formulario CMS No. 20034 A/B. Obtenga el formulario en cms.gov/cmsforms/downloads/cms20034ab.pdf, o llamando al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo apelo si tengo un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare?

2. Envíe una solicitud escrita a la OMHA. La solicitud debe indicar:
 - Su nombre, dirección, teléfono, su número de **Medicare** (HICN) y el nombre del **Plan Medicare de Medicamentos Recetados**. El nombre y el domicilio de su representante, de corresponder.
 - El número de apelación incluido en el aviso de reconsideración.
 - El medicamento en cuestión. Consulte esta información en el aviso de redeterminación o de reconsideración.
 - Los motivos por los cuales está en desacuerdo con el resultado de la reconsideración.
 - Toda otra información que contribuya a sustentar su caso. Si no le es posible incluir esta información en la solicitud, acompañe una nota indicando en qué momento pondrá a disposición dicha información.
 - Si se trata de una solicitud acelerada, indíquelo en forma expresa.
3. Si se trata de una audiencia acelerada, puede realizar la solicitud verbalmente. Para ello, siga las instrucciones en la notificación de la decisión de la IRE. El juez decidirá en forma acelerada si entiende, o si su médico informa que la espera estándar puede poner en riesgo su vida, su salud o sus posibilidades de recuperar plenamente sus capacidades. No es posible solicitar (ni obtener) una decisión acelerada si usted ya obtuvo el medicamento.

Cuando el juez recibe la solicitud, le hará saber su decisión dentro de los plazos siguientes:

- Decisión acelerada—tan pronto como lo demande su estado de salud, en cualquier caso, antes de transcurridos 10 días desde la recepción de la solicitud de audiencia en la oficina de campo de la OMHA, salvo que se disponga una extensión.
- Decisión estándar—por lo general, dentro de los 90 días contados desde la recepción de la solicitud de audiencia en la oficina de la OMHA correspondiente, a menos que se disponga una extensión.

¿Cómo apelo si tengo un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare?

Para más información sobre el proceso de audiencia ante un juez, visite [hhs.gov/omha](https://www.hhs.gov/omha) y seleccione la opción “Apelaciones sobre cobertura y reclamaciones”. Si necesita ayuda para solicitar una audiencia ante un juez, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted está en desacuerdo con la decisión tomada por el juez en el tercer nivel, tiene 60 días a partir de la notificación de la decisión del juez para solicitar una revisión al Consejo de apelaciones de Medicare, que representa el cuarto nivel de apelación.

Nivel 4: Revisión del Consejo de apelaciones de Medicare (Consejo de apelaciones)

Usted puede solicitar la revisión de su caso por el Consejo de apelaciones, con independencia del monto en dólares del caso.

¿Cómo solicito la revisión?

Para solicitar una revisión del Consejo de apelaciones, siga las instrucciones mencionadas en el aviso de decisión del juez de derecho administrativo, en el tercer nivel. Envíe su solicitud al Consejo de apelaciones, cuya dirección se indica en el aviso de decisión del juez. Usted puede solicitar la revisión del Consejo de apelaciones de cualquiera de las siguientes formas:

1. Complete el formulario “Solicitud de revisión de la decisión/ Denegación del juez de derecho Administrativo” (DAB-01), disponible en [hhs.gov/dab/divisions/dab101.pdf](https://www.hhs.gov/dab/divisions/dab101.pdf), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia gratis.
2. Envíe una solicitud escrita al Consejo de apelaciones, que debe incluir:
 - Su nombre, su dirección, su teléfono, su número de Medicare (HICN) y el nombre del **Plan Medicare de Medicamentos Recetados**.
 - El nombre y el domicilio de su representante, de corresponder.
 - El medicamento recetado en cuestión. Para obtener esta información consulte el aviso de decisión del juez de derecho administrativo.

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 55–58.

4

¿Cómo apelo si tengo un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare?

- La indicación de las partes de la decisión del juez con las que está en desacuerdo y los motivos correspondientes.
 - El número de apelación ante el juez.
 - Si se trata de una solicitud acelerada, indíquelo en forma expresa.
 - Su firma. El nombre y la firma de su representante, de corresponder.
3. Si se trata de una revisión acelerada, puede realizar la solicitud verbalmente. Para ello, siga las instrucciones en la notificación de la decisión del juez administrativo. El Consejo de apelaciones decidirá en forma acelerada si entiende, o si su médico informa que la espera estándar puede poner en riesgo su vida, su salud o sus posibilidades de recuperar plenamente sus capacidades. No es posible solicitar (ni obtener) una decisión acelerada si usted ya obtuvo el medicamento.

Al recibir la solicitud de revisión, el Consejo de apelaciones debe tomar una decisión dentro de los plazos siguientes.

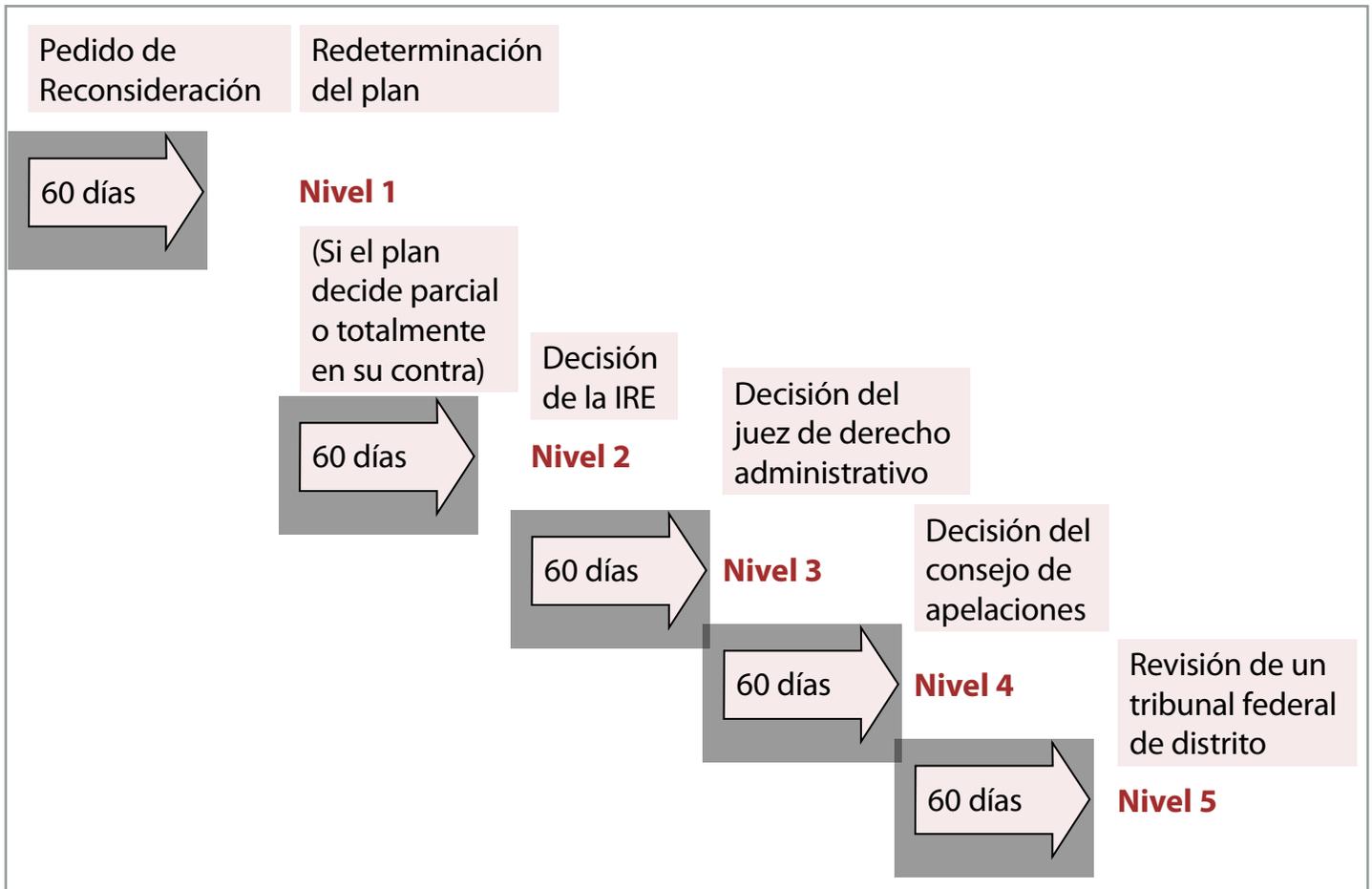
- Decisión acelerada—tan pronto como lo demande su estado de salud, en cualquier caso, antes de transcurridos 10 días desde la recepción de la solicitud de revisión por el Consejo de apelaciones, salvo que se disponga una extensión.
- Decisión estándar—por lo general, dentro de los 90 días contados desde la recepción de la solicitud de revisión por el Consejo de apelaciones, a menos que se disponga una extensión.

Para más información sobre el proceso de revisión del Consejo de apelaciones, visite hhs.gov/dab y seleccione la opción “Consejo de apelaciones de Medicare”. Si necesita ayuda para solicitar la revisión ante el Consejo de apelaciones, llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted está en desacuerdo con la decisión del Consejo de apelaciones tomada en el cuarto nivel, tiene 60 días desde que se le notifica la decisión del Consejo de apelaciones para solicitar la revisión de un tribunal federal de distrito, que representa el quinto nivel de apelación.

Las palabras en color rojo se definen en las páginas 55–58.

¿Cómo apelo si tengo un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare?



Nivel 5: Revisión judicial por un tribunal federal de distrito

Si usted está en desacuerdo con la decisión del Consejo de apelaciones, puede solicitar la revisión judicial de un tribunal federal de distrito. Para acceder a la revisión, su caso tiene que cumplir con un requisito de cantidad mínima. Para 2015, la cantidad mínima para que el tribunal acepte la solicitud de revisión se fija en \$1,460. Es posible acumular distintas **reclamaciones** para alcanzar esta cantidad mínima.

¿Cómo solicito la revisión?

Siga las instrucciones mencionadas en el aviso de decisión del Consejo de apelaciones, en el cuarto nivel, para apelar ante el tribunal federal de distrito. Consulte con la secretaria del tribunal las instrucciones acerca de cómo presentar una apelación. El emplazamiento del tribunal se indica en el aviso de la decisión del Consejo de apelaciones.

¿Cómo apelo si tengo un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare?

Para más información sobre el proceso de apelaciones:

- Visite [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para obtener formularios de apelación, visite [Medicare.gov/claims-and-appeals/fiel-an-appeal/appeals-forms.html](https://www.Medicare.gov/claims-and-appeals/fiel-an-appeal/appeals-forms.html).
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** para obtener ayuda personalizada, también en materia de apelaciones. Para obtener el número de teléfono, visite [medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Cómo presento una queja?

Si tiene inquietudes o problemas con su plan que no están relacionados con una solicitud de cobertura o de pago de un medicamento, puede presentar una **queja**.

- Si usted piensa que el horario de atención al público del plan debería ser distinto.
- Si usted se ve obligado a esperar demasiado tiempo por su medicamento recetado.
- Si la empresa que ofrece el plan le envía documentos que no están relacionados con el plan de medicamentos recetados y que usted no solicitó.
- Si el plan no le da una respuesta oportuna a su solicitud de determinación de cobertura en el primer nivel ni remite su caso a la IRE.
- Si está en desacuerdo con una decisión desfavorable del plan a su pedido de determinación de cobertura acelerada o de apelación en el primer nivel (redeterminación).
- Si el plan no le proporcionó los avisos requeridos.
- Si los avisos del plan no cumplen con las normas de **Medicare**.

¿Cómo apelo si tengo un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare?

Si la **queja** está relacionada con la calidad de la atención que recibe o recibió, preséntela a su plan o a la **BFCC-QIO** de su estado de residencia. Obtenga el número de teléfono de la BFCC-QIO en [Medicare.gov/contacts](https://www.medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si desea presentar una queja, tenga en cuenta:

- Que debe hacerlo dentro de los 60 días desde la fecha en que tuvo lugar el evento.
- Puede presentar la queja al plan por escrito o telefónicamente.
- La decisión del plan le será informada, por lo general, dentro de los 30 días desde la recepción de la queja.
- Si la queja está motivada en la negativa del plan a darle una determinación o redeterminación acelerada y usted aún no ha recibido ni comprado el medicamento, el plan debe informarle su decisión dentro de las 24 horas de haber recibido la queja.

Las palabras en color **rojo** se definen en las páginas 55-58.

Si el plan no le brinda una respuesta a su queja, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-622-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si desea más información sobre cómo presentar una queja

- Visite [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals)
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** para obtener ayuda personalizada en materia de quejas. Para obtener el número de teléfono, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

4

¿Cómo apelo si tengo un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare?



Conserve una copia de toda la documentación que envíe a Medicare como parte de la apelación.

Abastecedor—Generalmente es la compañía, persona o agencia que le proporciona el servicio o artículo, excepto cuando usted está internado en un hospital o centro de enfermería especializada.

Agencia para el cuidado de la salud en el hogar—Una organización que brinda atención domiciliaria.

Centro Ambulatorios de Rehabilitación Amplia (CORF)—Un centro que brinda una variedad de servicios ambulatorios incluidos los servicios médicos, terapia física, servicios sociales o psicológicos y rehabilitación.

Centro de Enfermería Especializada—Un centro que cuenta con el equipo material y humano para brindar servicios de enfermería y/o rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Copago—Es la parte que usted paga por cada servicio o suministro como una visita al médico o un medicamento. Un copago es generalmente una cantidad fija en vez de un porcentaje. Por ejemplo \$10 o \$20 por una visita médica o receta.

Coseguro—La cantidad que debe pagar por los servicios después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo el 20%).

Cuidado de compañía—Cuidado personal no especializado, para ayudarle con las actividades cotidianas tales como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse, desplazarse y usar el baño. También puede incluir las actividades que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como colocarse las gotas oculares. En la mayoría de los casos Medicare no paga por este tipo de cuidado.

Cuidado de Hospicio—Una manera especial de cuidar a las personas con una enfermedad terminal. Esta clase de cuidado incluye la atención de un equipo orientado al cuidado físico, médico, social, emocional y espiritual del paciente. El cuidado de hospicio también brinda apoyo a los familiares y a la persona que cuida al paciente.

Cuidado de la salud en el hogar—Servicios médicos e insumos ordenados por un médico para que los reciba en su hogar siguiendo un plan de cuidados diseñado por su médico. Medicare solo cubre esto servicios limitadamente y si los solicita el médico.

Deducible—La cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o los medicamentos antes de que el Medicare Original, su plan para recetas médicas u otro seguro comience a pagar.

Formulario—Una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan de medicamentos o por otro seguro que ofrezca la cobertura para medicamentos recetados.

Medicare—El seguro médico federal para las personas de 65 años o mayores, ciertas personas menores con incapacidades y las personas que padecen de Enfermedad Renal Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere tratamiento de diálisis o trasplante de riñón) (ESRD).

Necesario por razones médicas—Servicios o suministros médicos que sirven para diagnosticar o tratar su problema de salud y cumplen con los estándares locales de la buena práctica médica.

Organización para el mejoramiento de la calidad del cuidado centrado en el beneficiario y la familia (Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization, BFCC-QIO)—Un tipo de organización (compuesto por médicos y otros profesionales de la atención de la salud contratados por Medicare) que revisa las quejas y atiende a la calidad de los cuidados de los afiliados de Medicare. La BFCC-QIO asegura la coherencia del proceso de revisión de casos y toma en consideración los factores y las necesidades locales, incluida la calidad general de la atención y la necesidad desde el punto de vista médico.

Parte A de Medicare (seguro de hospital)—Cubre la internación en el hospital, el cuidado en un centro de enfermería especializada, el cuidado de hospicio y algunos servicios de atención domiciliaria.

Parte B de Medicare (seguro médico)—Cubre ciertos servicios médicos, la atención ambulatoria, los insumos médicos y los servicios preventivos.

Plan de Salud de Medicare—Un plan médico de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarles a los beneficiarios inscritos, todos los servicios de las Partes A y B de Medicare. Este término se usa en toda esta publicación e incluye a todos los Planes Medicare Advantage, los Planes Medicare de Costo, los programas piloto, los programas PACE.

Plan Medicare Advantage (Parte C)—Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Los Planes Medicare Advantage son los HMO, PPO o PFFS, los Planes para Necesidades Especiales y los Planes de Cuentas de Ahorros Médicos de Medicare. Si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos por el plan y no los paga el Medicare Original. La mayoría de los Planes Medicare Advantage ofrecen la cobertura para medicamentos recetados.

Plan Medicare de Costo—Son un tipo de Plan de Salud de Medicare disponible en algunas zonas. En un plan de costo de Medicare, si obtiene servicios de rutina fuera del área de servicio del plan sin una referencia, sus servicios cubiertos por Medicare serán pagados por el Medicare Original (su Plan de Costo paga por los servicios de emergencia o por la atención urgente).

Plan Medicare de Medicamentos Recetados (Parte D)—Un plan individual que agrega la cobertura para medicamentos recetados al Medicare Original, algunos Planes Privados de Pago-por-Servicio, Planes de Costo de Medicare o a los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare. Estos planes los ofrecen las compañías de seguro y otras compañía privadas aprobadas por Medicare. Los Planes Medicare Advantage pueden ofrecer la cobertura de medicamentos y cumplen las mismas normas que los Planes de la Parte D.

Plan Medicare Original—El Plan Medicare Original es un plan de pago-por-servicio en el que el gobierno le paga a sus proveedores de servicios de la salud directamente por los beneficios de las Partes A y B.

Prima—El pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan médico o de medicamentos por la cobertura.

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP en inglés)—Un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoría y asistencia gratuita sobre el seguro, para los beneficiarios de Medicare.

Proveedor de la salud—Una persona u organización licenciada para brindar servicios médicos. Doctores, enfermeras y hospitales son algunos ejemplos.

Queja—Es la que usted presenta si no está conforme con los servicios del plan de salud de Medicare o del plan de recetas médicas de Medicare. Por ejemplo, usted puede presentar una queja si tiene inconvenientes cuando llama al plan, o si no está satisfecho con el modo en que ha sido tratado por el personal del plan. Sin embargo, si tiene una queja sobre una denegación del plan a cubrir un servicio, suministro o medicamento, puede apelar la decisión.

Reclamación—Un pedido de pago que le presenta a Medicare o a su otro seguro cuando recibe un servicios o artículo que usted piensa que está cubierto.

Resumen de Medicare (MSN)—Un aviso que usted recibe una vez que el médico presente una reclamación por los servicios cubiertos por las Parte A y B del Medicare Original. Le explica cuáles son los servicios por los que se presentó la reclamación, la cantidad aprobada por Medicare, cuánto pagó Medicare y cuánto tendrá que pagar usted.

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS**

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, \$300

Publicación de CMS No. 11525-S
Revisada en enero de 2015



This booklet is available in English. To get a free copy, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.