



Este **folleto** oficial del gobierno tiene información importante sobre:

- Cómo presentar una apelación si tiene:
 - Medicare Original
 - Un plan de Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare
 - Cobertura de medicamentos de Medicare
- Dónde conseguir ayuda con sus preguntas



Comunicación accesible a través de CMS

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) brindan ayuda y servicios auxiliares gratuitos, entre ellos información en formatos accesibles, como braille, letra grande, archivos de datos/audio, servicios de retransmisión y comunicaciones TTY. Si le solicita a CMS información en un formato accesible, no se verá perjudicado por ninguna demora necesaria para proporcionarla. Eso significa que se le asignará tiempo adicional para tomar cualquier medida si se demora el cumplimiento de su solicitud.

Para solicitar información de Medicare o el Mercado en un formato accesible, puede contactarnos de las siguientes maneras:

1. **Por teléfono:** Para Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY: 1-877-486-2048
2. **Por fax:** 1-844-530-3676
3. **Por correo postal:**

Centers for Medicare & Medicaid Services
Offices of Hearings and Inquiries (OHI)
7500 Security Boulevard, Mail Stop S1-13-25
Baltimore, MD 21244-1850
Attn: Customer Accessibility Resource Staff

Su solicitud debe incluir su nombre, su número de teléfono, el tipo de información que necesita (si lo sabe) y la dirección postal a la que debemos enviar los materiales. Es posible que nos pongamos en contacto con usted para solicitarle más información.

Nota: Si está inscrito en un plan de Medicare Advantage o de medicamentos de Medicare, comuníquese con su plan para solicitar la información correspondiente en un formato accesible. Para Medicaid, contáctese con su oficina estatal o local de Medicaid.

(Puede encontrar más información en el interior de la contratapa)

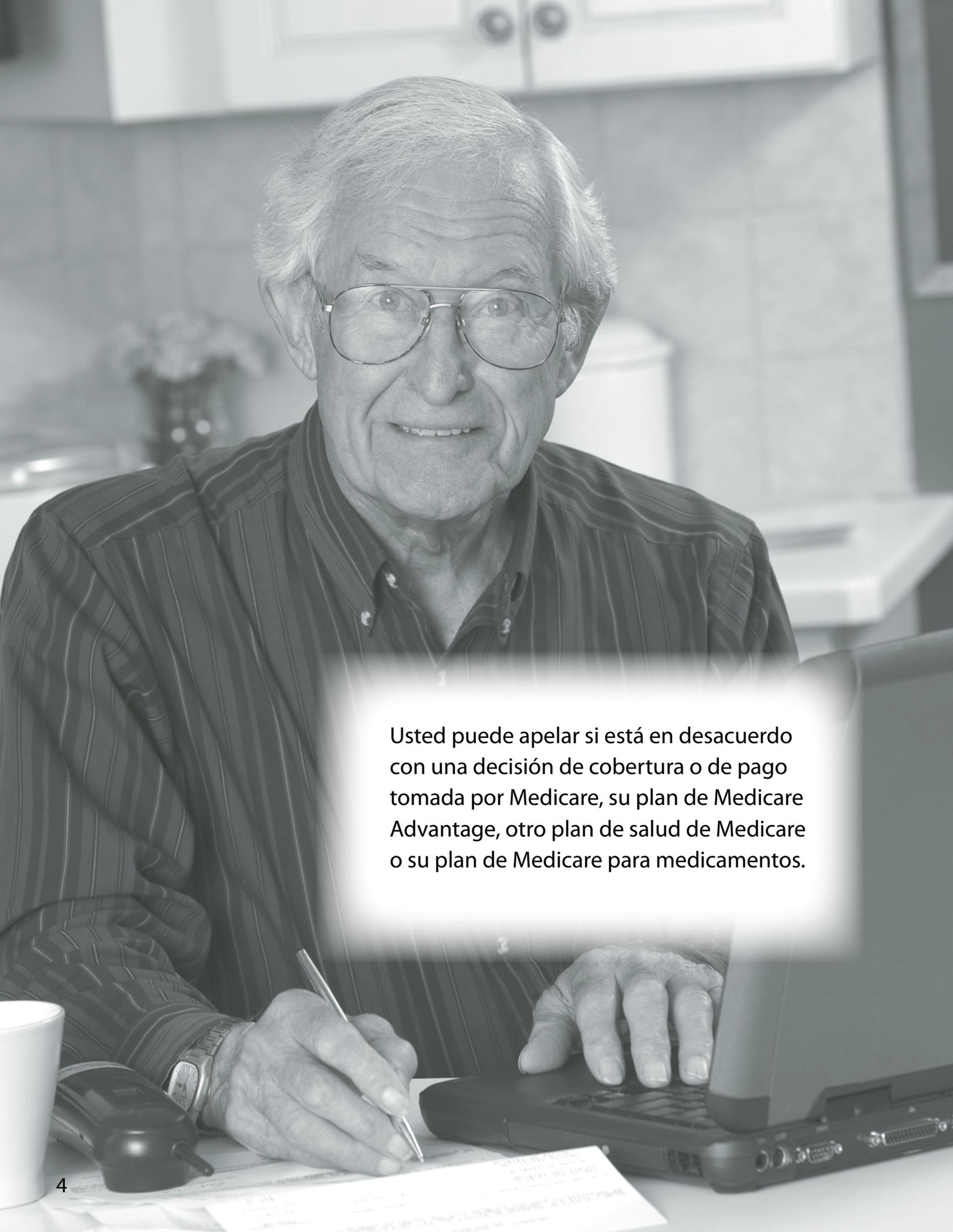
Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes
de los Estados Unidos.

“Las apelaciones a Medicare” no es un documento legal. La orientación legal oficial del Programa de Medicare está contenida en los estatutos, reglamentos y resoluciones pertinentes.

Contenido

Sección 1: ¿Qué puedo apelar y cómo puedo nombrar un representante?	5
Sección 2: ¿Cómo puedo apelar si tengo Medicare Original?	9
Sección 3: ¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de salud de Medicare?	27
Sección 4: ¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de medicamentos de Medicare?	41
Sección 5: ¿Definiciones?	55

Nota: Las definiciones de las palabras **rojas** están en las páginas 55–58.



Usted puede apelar si está en desacuerdo con una decisión de cobertura o de pago tomada por Medicare, su plan de Medicare Advantage, otro plan de salud de Medicare o su plan de Medicare para medicamentos.

Sección 1: ¿Qué puedo apelar y cómo puedo nombrar un representante?



Una apelación es la acción que puede tomar si está en desacuerdo con una decisión de cobertura o pago de Medicare o su plan de Medicare. Por ejemplo, puede presentar una apelación si Medicare o su plan rechazan:

- Solicitud de un servicio de atención médica, suministro, artículo, o medicamento recetado que usted cree que debería poder recibir
- Solicitud de pago por un servicio de atención médica, suministro, artículo, o medicamento recetado que ya recibió
- Solicitud de cambio del monto que debe pagar por un servicio de atención médica, suministro, artículo o medicamento recetado

También puede apelar si Medicare o su plan deja de brindar o pagar todo o parte de un servicio de atención médica, suministro, artículo, o medicamento recetado que considera que aún necesita.

Este manual contiene información de cómo presentar una apelación, independientemente de la forma en que recibe su Medicare.

Para más información, visite es.Medicare.gov/appeals, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Alguien más puede presentar la apelación por mí?

Podrá designar un representante si desea ayuda para presentar una apelación. Su representante puede ayudarle con los pasos de apelaciones que se detallan en este manual. Su representante puede ser un pariente, un amigo, un defensor, un abogado, un médico, o alguien más que actuará en su nombre.

Puede designar su representante de una de las siguientes maneras:

- Llene el formulario de “Designación de Representante” (Formulario de CMS número 1696). Se puede bajar el formulario en CMS.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf, o puede llamar al 1-800-MEDICARE para pedir una copia por correo.

Las palabras en rojo se definen en las páginas 55 a 58.



¿Qué puedo apelar y cómo puedo nombrar un representante?

- Presentar una solicitud escrita que incluye:
 - Su nombre completo, dirección, número de teléfono, y Número de Medicare (se encuentra en su tarjeta de Medicare de colores rojo, blanco, y azul)
 - Una declaración de que designa a una persona como representante para actuar en su representación
 - El nombre completo, la dirección, y el número de teléfono de su representante
 - El estado profesional de su representante (por ejemplo, médico) o su relación a usted
 - Una declaración que autoriza la divulgación de su información médica personal e identificable a su representante
 - Una declaración que explica el motivo por el cual se designa un representante y el alcance de su representación
 - Su firma y la fecha en que firmó la solicitud
 - La firma de su representante y la fecha en que firmó la solicitud

Si designa a una persona para que ayude con su **apelación**, envíe al representante el formulario Designación de Representante o solicitud escrita con su solicitud de apelación al Contratista Administrativo de Medicare (MAC) (la compañía que maneja los **reclamos** de Medicare), o a su **plan de salud de Medicare**. Conserve una copia de todo documento que envíe a Medicare para la apelación.

Si tiene alguna pregunta acerca de la designación de un representante, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué puedo apelar y cómo puedo nombrar un representante?

En algunos casos, su médico puede realizar la solicitud en nombre de usted sin tener que ser designado como su representante.

- En caso de tener un **plan de Medicare Advantage Plan** u otro **plan de salud de Medicare**:
 - Su médico tratante puede solicitar una determinación de la organización o algunas reconsideraciones previas al servicio en su nombre, y no tendrá que presentar un formulario de “Designación de representante.”
 - Si desea que su médico tratante pida una **apelación** de nivel más alto en su nombre, deberá presentar el formulario de “Designación de Representante” o una solicitud escrita para designar un representante como se detalla en las páginas 5–6.
 - Consulte la Sección 3 para obtener más información.
- Si tiene un **plan de medicamentos de Medicare**:
 - Su médico u otro profesional que le recete medicamentos puede solicitar una determinación de cobertura, una redeterminación, o reconsideración de la Entidad de revisión independiente (IRE) en su nombre, y no tendrá que presentar el formulario de “Designación de representante.”
 - Si desea que su médico u otro profesional que le receta medicamentos pida una apelación de nivel más alto en su nombre, deberá presentar el formulario de “Designación de representante.”
 - Consulte la Sección 4 para obtener más información.

¿Qué puedo apelar y cómo puedo nombrar un representante?



Sección 2: ¿Cómo puedo apelar si tengo Medicare Original?

2

Medicare Original incluye Medicare Parte A (seguro de hospital) y Medicare Parte B (seguro médico). Si tiene Medicare Original, recibirá un “Resumen de Medicare” (MSN) por correo cada 3 meses si recibe artículos y servicios cubiertos por la Parte A y Parte B. Si desea recibir los MSN por medio electrónico (también conocido como “eMSN”), visite es.Medicare.gov para iniciar (o crear) su cuenta segura de Medicare.

Su MSN detalla:

- Todos sus artículos y servicios que los proveedores y **suministradores** facturaron a Medicare durante el período de 3 meses
- Lo que pagó Medicare
- Lo que puede deberle al proveedor o suplidor
- Si Medicare ha aprobado o denegado total o parcialmente su **reclamación** (esta es la determinación inicial y la toma el Contratista Administrativo de Medicare (MAC), que procesa las reclamaciones de Medicare)

Lea el MSN atentamente. Si no está de acuerdo con una decisión de pago o cobertura de Medicare, puede **apelar** la decisión. El MSN contiene información de sus derechos relativos a apelaciones. Si decide apelar, pida cualquier información que podría respaldar su caso a su médico, otro **proveedor de la salud**, o suministrador. Conserve una copia de todo documento que envíe a Medicare para la apelación.

Comuníquese con su proveedor o suministrador si falta un artículo o servicio esperado en su MSN, o si no está seguro si se le facturó a Medicare por los artículos y servicios que recibió. Pídeles un estado de cuenta detallado que enumere todos los artículos y servicios que le facturaron a Medicare.

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

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



¿Cómo puedo apelar si tengo Medicare Original?

¿Cómo es el proceso de apelaciones de Medicare Original?

El proceso de **apelación** tiene 5 niveles,

Nivel 1: Redeterminación por parte del Contratista Administrativo de Medicare (MAC).

Nivel 2: Reconsideración por un Contratista Independiente Competente (QIC).

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

Nivel 4: Revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones)

Nivel 5: Revisión Judicial por un Tribunal Federal de Distrito.

Si no está de acuerdo con una decisión tomada en cualquier nivel del proceso, puede acudir al siguiente nivel, por lo general. En cada nivel, recibirá una carta de decisión con instrucciones de cómo pasar al siguiente nivel de apelación.

Nivel 1: Redeterminación por parte del Contratista Administrativo de Medicare (MAC).

Revise detalladamente su MSN. Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura o pago de Medicare, puede apelar la decisión. Esto se llama redeterminación. Medicare contrata a MAC para revisar su solicitud de apelación y tomar una decisión. Otros empleados de MAC que no participaron en la primera decisión realizan esto. Tendrá 120 días a partir de la fecha en que recibe el MSN para pedir una redeterminación.

¿Cómo puedo pedir una redeterminación?

Hay 3 formas de solicitar una redeterminación:

1. Lea su MSN con atención, y siga las instrucciones de la apelación:
 - Ponga un círculo alrededor de lo(s) artículo(s) y/o servicio(s) en el MSN con los cuales está en desacuerdo.
 - Explique por escrito en el MSN por qué está en desacuerdo con la decisión inicial, o escriba su explicación y su Número de Medicare en otra hoja y adjúntela al MSN.

¿Cómo puedo apelar si tengo Medicare Original?

- Incluya su nombre, número de teléfono, y número de Medicare en el **MSN**.
 - Incluya cualquier otra información relativa a su **apelación** que tenga con el MSN. Pida cualquier información que podría respaldar su caso a su médico, otro **proveedor de la salud**, o **suministrador**. Escriba su Número de Medicare en todos los documentos que se presentan con su solicitud de apelación.
 - Debe enviar su solicitud de redeterminación a la dirección que se encuentra en la sección de “Presentar una apelación por escrito” del MSN.
2. Llene el formulario de “Solicitud de redeterminación de Medicare” (Formulario de CMS número 20027). Para obtener una copia, visite [CMS.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf](https://www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms20027.pdf), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Envíe una copia del formulario completo, al MAC indicado en el MSN.
 3. Presentar una solicitud escrita al MAC. La dirección de la compañía se indica en el MSN. Su solicitud deberá incluir:
 - Su nombre y Número de Medicare.
 - Los artículos y/o servicios para los cuales pide una redeterminación y las fechas de servicio precisas.
 - Una explicación de por qué no está de acuerdo con la determinación inicial.
 - El nombre de su representante, si ha designado uno. Para más información sobre cómo nombrar un representante, consulte la Sección 1.

Conserve una copia de todo documento que envíe a Medicare para la apelación. Por lo general, recibirá una decisión de MAC (o una carta o un MSN) dentro de 60 días a partir de la fecha en que se recibe su solicitud. Si Medicare pagó los artículos y/o servicios, serán enumerados en su próximo MSN.

Las palabras en rojo se definen en las páginas 55 a 58.



¿Cómo puedo apelar si tengo Medicare Original?

Puede presentar información o pruebas adicionales al MAC después de presentar la solicitud de redeterminación, pero, en tal caso, la decisión del MAC podría tardar más de 60 días. El MAC tendrá 14 días laborables adicionales para tomar una decisión por cada presentación.

De estar en desacuerdo con la decisión de redeterminación del MAC en el nivel 1, tendrá 180 días a partir de la fecha en que recibe el “Aviso de Redeterminación de Medicare” para pedir una Reconsideración de un Contratista Independiente Competente (QIC), lo cual es el nivel 2.

Nivel 2: Reconsideración por un Contratista Independiente Competente (QIC).

Un QIC es un contratista independiente que no participó en la decisión del nivel 1. El QIC revisará su petición de reconsideración y tomará una decisión.

¿Cómo puedo pedir una reconsideración?

Siga las indicaciones del “Aviso de Redeterminación de Medicare” que recibió en el nivel 1 para pedir una reconsideración. Deberá enviar su solicitud al QIC que gestionará su reconsideración. La dirección del QIC se indica en el Aviso de Redeterminación. Puede pedir una reconsideración de una de las siguientes maneras:

1. Llene un formulario de “Solicitud de reconsideración de Medicare” (Formulario de CMS número 20033), lo cual se incluye con el “Aviso de Redeterminación de Medicare.” Además, puede bajar el formulario en [CMS.gov/cmsforms/downloads/cms20033.pdf](https://www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms20033.pdf), o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo puedo apelar si tengo Medicare Original?

2. Presentar una solicitud escrita que incluye:
 - Su nombre y Número de Medicare.
 - Los artículos o servicios para los cuales se pide una reconsideración y las fechas de servicio precisas. Puede encontrar esta información en su “Aviso de Redeterminación de Medicare”.
 - El nombre del MAC que tomó la redeterminación, que se encuentra en el **MSN** y en el Aviso de Redeterminación.
 - Una explicación de por qué no está de acuerdo con la decisión de redeterminación.
 - El nombre de su representante, si ha designado uno. Para más información sobre cómo nombrar un representante, consulte la Sección 1.

Independientemente de la forma en que solicita una reconsideración, la solicitud debería explicar de manera clara por qué está en desacuerdo con la decisión de redeterminación del nivel 1. Envíe una copia de la “Aviso de Redeterminación de Medicare” al QIC con su solicitud de reconsideración. La información que envió en el nivel 1 se enviará al QIC para su revisión. También debería incluir cualquier información que podría respaldar su caso con la solicitud. Puede presentar información o pruebas adicionales después de presentar la solicitud de reconsideración, pero, en tal caso, la decisión del QIC podría tardar más. Conserve una copia de todo documento que envíe a Medicare para la **apelación**.

En la mayoría de los casos, el QIC le enviará una decisión de reconsideración unos 60 días después de que el QIC recibe su solicitud de apelación. Si el QIC no emite una decisión de manera oportuna, usted podría pedir que el QIC pase su caso al próximo nivel de la apelación. Si el QIC no puede completar su reconsideración en 60 días (excluyendo extensiones para presentación de evidencia adicional y presentación tardía), el QIC le enviará un aviso y le informará sobre su derecho a enviar la apelación a la Oficina de Medicare Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA). Si elige enviar la apelación a OMHA, debe presentar una solicitud por escrito ante el QIC. El QIC puede ayudarle con lo que se necesita para esta solicitud.

Las palabras en rojo se definen en las páginas 55 a 58.



¿Cómo puedo apelar si tengo Medicare Original?

De estar en desacuerdo con la decisión de reconsideración en el nivel 2, tendrá 60 días a partir de la fecha en que recibe la carta de la decisión de reconsideración del QIC para solicitar una decisión de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, en inglés), lo cual es el nivel 3.

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

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

Una audiencia ante un ALJ permite que presente su apelación a una nueva persona quien, de manera independiente, revisará su apelación y escuchará su testimonio antes de tomar una decisión nueva e imparcial. Una audiencia con un ALJ en general se realiza por teléfono o videoconferencia, pero puede realizarse en persona si el ALJ determina que usted tiene un buen motivo.

Puede solicitar al OMHA que tome una decisión sin mantener una audiencia (de acuerdo con la información en su registro de apelación). Si lo hace, un ALJ o un abogado adjudicador revisarán la información en su registro de apelación y emitirán una decisión. El ALJ o abogado adjudicador también pueden emitir una decisión sin celebrar una audiencia si, por ejemplo, la información en su registro de apelaciones respalda una decisión que está totalmente a su favor.

Para obtener una audiencia o revisión con OMHA, el importe de su caso deberá alcanzar una cantidad mínima. Para 2023, la cantidad requerida es de \$180. La carta de la decisión de reconsideración del QIC puede incluir una declaración que indica si se estima que su caso alcanza la cantidad mínima. Sin embargo, el ALJ toma la decisión final. **Es posible que pueda combinar **reclamaciones** para alcanzar el monto mínimo en dólares.**

¿Cómo puedo apelar si tengo Medicare Original?



¿Cómo solicito una audiencia ante un ALJ?

Siga las indicaciones de la carta de reconsideración que recibió del QIC en el nivel 2 para solicitar una audiencia ante un ALJ. Usted deberá enviar su solicitud a Operaciones Centrales de OMHA. Se indica esta dirección en el aviso de reconsideración del QIC. Usted o su representante puede presentar una solicitud de apelación de una de las siguientes maneras:

1. Llene el formulario de “Solicitud para una Audiencia de Medicare ante un Juez Administrativo o Revisión de Despido” (OMHA-100), lo cual se incluye con la carta de la decisión de reconsideración del QIC. También puede obtener una copia visitando hhs.gov/about/agencies/omha/filing-an-appeal/forms/index.html, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
2. Presentar una solicitud escrita debe incluir:
 - Su nombre, dirección, número de teléfono y Número de Medicare. Si ha designado un representante, incluya el nombre, la dirección, y el número de teléfono de su representante.
 - El número de **apelación** incluido la carta de reconsideración del QIC, si lo hubiere.
 - Las fechas de servicio de los artículos o servicios para los cuales está apelando. Consulte su **MSN** o la carta de la decisión de reconsideración del QIC para obtener esta información.
 - Una explicación de por qué no está de acuerdo con la decisión de reconsideración que se apela.
 - Cualquier información que podría respaldar su caso. Si no puede incluir esta información con su solicitud, adjunte una declaración que detalla lo que planea presentar y cuándo lo presentará.

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

Para solicitar que OMHA tome una decisión sin una audiencia basada únicamente en la información que se encuentra en su registro de **apelación**, presente la información requerida para una solicitud de audiencia con un ALJ de la IRE y uno de los siguientes:

1. El formulario “Renuncia al Derecho a una Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ)” (Formulario OMHA-104). Puede obtener una copia visitando hhs.gov/about/agencies/omha/filing-an-appeal/forms/index.html.

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

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

2. Una solicitud por escrito que indique que no desea presentarse ante un ALJ en una audiencia (incluida una audiencia celebrada por teléfono o videoconferencia), y explicando por qué decidió renunciar a la audiencia.

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

Si ha solicitado a OMHA una decisión sin una audiencia, pero el ALJ decide que es necesaria una audiencia, le informará cuándo será la audiencia. Si no se realiza una audiencia, un ALJ o un abogado adjudicador revisarán la información en su registro de apelación y emitirán una decisión.

Conserve una copia de todo documento que envíe a **Medicare** para la apelación. Para obtener más información sobre el proceso de decisión de OMHA, visite hhs.gov/about/agencies/omha/filing-an-appeal/coverage-and-claims-appeals/index.html. Si necesita ayuda para presentar una apelación a un ALJ, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

En caso de que OMHA no emita una decisión oportuna, usted podría pedir que OMHA pase su caso al próximo nivel de la apelación. Si su solicitud ha sido asignada a un adjudicador de OMHA, envíe su solicitud por escrito a ese adjudicador. Si su solicitud no ha sido asignada a un adjudicador de OMHA, presente su solicitud de escalamiento a: OMHA Central Operations, Attn: Escalation Request Mail Stop, 1001 Lakeside Ave., Suite 930, Cleveland, OH 44114-1158. Puede presentar su solicitud de escalamiento utilizando la Solicitud de Escalamiento al Consejo de Apelaciones de Medicare (OMHA-384). Para obtener una copia, visite hhs.gov/sites/default/files/omha-384.pdf. No está obligado a utilizar este formulario.

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ en el nivel 3, tendrá 60 días a partir de la fecha en que recibe la decisión para solicitar una revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones), lo cual es el nivel 4.

Las palabras en rojo se definen en las páginas 55 a 58.

Nivel 4: Revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare

Puede pedir que el Consejo de Apelaciones revise su caso, independientemente de la cantidad de dólares implicada.

¿Cómo puedo pedir una revisión?

Para solicitar que el Consejo de Apelaciones revise la decisión de OMHA en su caso, siga las indicaciones en la carta de decisión que recibió de OMHA en el nivel 3. Deberá enviar su solicitud al Consejo de Apelaciones a la dirección indicada en la carta de decisión de OMHA. Puede presentar una solicitud de revisión del Consejo de Apelaciones de una de las siguientes maneras:

1. Llene un formulario de “Solicitud de Revisión de una Decisión/Desestimación de Medicare de un Juez Administrativo (ALJ)” (DAB-101). Se puede bajar el formulario en hhs.gov/dab/divisions/dab101.pdf, o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedirlo. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
2. Presente una solicitud escrita al Consejo de Apelaciones que incluya:
 - Su nombre y Número de Medicare. Si ha designado un representante, incluya su nombre.
 - Los artículos y/o servicios específicos y las fechas de servicio específicas que se apelan. Consulte su **MSN** o su decisión de OMHA para ver esta información.
 - Una declaración que identifica las partes de la decisión de OMHA con las cuales está en desacuerdo y la explicación de por qué está en desacuerdo.
 - La fecha de la decisión de OMHA.
 - Si solicita que su caso sea trasladado de OMHA al Consejo de Apelaciones porque OMHA no ha emitido una decisión oportuna, envíe la solicitud a la dirección de OMHA que figura en el aviso de reconsideración de QIC o, si sabe que su caso fue asignado a un juez de OMHA, a la oficina de OMHA donde está pendiente la solicitud de audiencia o revisión.

Conserve una copia de todo documento que envíe a Medicare para la **apelación**. Para obtener más información sobre el proceso de revisión del Consejo de Apelaciones, visite hhs.gov/about/agencies/omha/thr-appeals-process/level-4/index.html. Si necesita ayuda para presentar una solicitud de revisión del Consejo de Apelaciones, llame al 1-800-MEDICARE.



¿Cómo puedo apelar si tengo Medicare Original?

En caso de que el Consejo de Apelaciones no emite una decisión oportuna, usted puede pedir que el Consejo de Apelaciones pase su caso al próximo nivel de la **apelación**. Puede enviar una solicitud al Consejo solicitando que la apelación, que no sea una apelación de un ALJ o la desestimación de un abogado adjudicador, se eleve a la Corte Federal de Distrito. Envíe la solicitud de escalamiento a la misma dirección a la que envió la solicitud de apelación. Cuando el Consejo reciba su solicitud, recibirá un aviso por escrito con una decisión, recusación, aviso de devolución o instrucciones adicionales sobre el escalamiento.

Si no está de acuerdo con la decisión del Consejo de Apelaciones en el nivel 4, tendrá 60 días a partir de la fecha en que recibe la decisión del Consejo de Apelaciones para solicitar una revisión judicial por un Tribunal Federal de Distrito, lo cual es el nivel 5.

Nivel 5: Revisión Judicial por un Tribunal Federal de Distrito.

Si no está de acuerdo con la decisión que emite el Consejo de Apelaciones, puede pedir una revisión judicial en un Tribunal Federal de Distrito. Para que le conceda la revisión, el importe de su caso deberá alcanzar una cantidad mínima para para 2023 de \$1,850.

¿Cómo puedo pedir una revisión?

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

Para más información del proceso de apelaciones:

- Visite [Medicare.gov/appeals](https://www.medicare.gov/appeals).
- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al [Medicare.gov/forms-help-resources/medicare-forms](https://www.medicare.gov/forms-help-resources/medicare-forms) para obtener formularios de apelación.
- Llame a su **Programa Estatal de Asistencia con Seguro Médico (SHIP)** para asesoramiento gratuito y personalizado relativo al seguro médico que incluya orientación relativa a las apelaciones. Para obtener el número telefónico de SHIP en su estado, visite [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org), o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Cómo puedo solicitar una apelación acelerada (rápida) en un hospital?

Tiene derecho a una **apelación** acelerada si cree que le están dando de alta demasiado pronto de su internación cubierta por Medicare.

Dentro de 2 días de su ingreso a la internación en un hospital, debería recibir un aviso titulado “Un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos” (también se refiere como el “Mensaje Importante de Medicare” o el “IM”). Si no lo recibe, debe pedirlo. Este aviso contiene la información de contacto de la **Organización de Mejora de Calidad de Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)** y explica:

- Su derecho a obtener todo servicio hospitalario que sea **necesario por razones médicas**.
- Su derecho a participar en cualquier decisión que tome el hospital, su médico, o cualquier otra persona relativa a los servicios hospitalarios que reciba y a saber quién los pagará.
- Su derecho a recibir los servicios que necesita después de salir del hospital.
- Su derecho a apelar una decisión de alta y los pasos a seguir para apelar la decisión.
- Las circunstancias bajo las cuales usted tendrá o no tendrá que pagar los gastos vinculados con la prolongación de su estadía en el hospital.
- Información relativa a su derecho a recibir un aviso detallado de por qué se interrumpen los servicios cubiertos.

Si el hospital le entrega el IM más de 2 días antes de su día de alta, o deberá entregarle una copia del IM original y firmado o proporcionarle un IM nuevo (que usted deberá firmar) antes de su alta.

¿Cómo solicito una apelación rápida?

Solicite al BFCC-QIO una apelación acelerada el día programado para su alta del hospital, a más tardar. Siga las instrucciones con respecto a cómo solicitar la apelación.



¿Cómo puedo apelar si tengo Medicare Original?

Si solicita su **apelación** por escrito o por teléfono dentro de este plazo, puede permanecer en el hospital sin pagar su estancia (con excepción del **coseguro** o los **deducibles** de aplicación) mientras espera para recibir la decisión del **BFCC-QIO**.

Si se vence el plazo para una apelación acelerada, aún puede solicitar a BFCC-QIO que revise su caso, pero se aplican diferentes reglas y plazos y usted podría ser responsable del costo de la estancia en el hospital después del día original en que el hospital intenta darle el alta. Para obtener más información, llame al BFCC-QIO al número de teléfono que figura en el aviso que el hospital le proporciona. Visite qioprogram.org/locate-your-bfcc-qio, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de la BFCC-QIO. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

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

La BFCC-QIO notificará al hospital cuando recibe su solicitud dentro del plazo para apelaciones rápidas. Luego, el hospital le proporcionará un “Aviso de Alta Detallada” antes del mediodía del día siguiente. El aviso detallará:

- Por qué los servicios ya no se consideran razonables y necesarios, o por qué ya no serán cubiertos.
- Una descripción de la regla o política de cobertura de Medicare aplicable, incluida información sobre cómo puede obtener una copia de la política.
- Cómo la norma o política de cobertura aplica a su situación específica.

La BFCC-QIO examinará la información médica que el hospital proporciona y también le pedirá a usted su opinión. La BFCC-QIO decidirá si usted está en condiciones para darle de alta dentro de un día de haber recibido la información solicitada.

Si la BFCC-QIO decide que le den de alta muy pronto, Medicare seguirá cubriendo su estadía en el hospital por el tiempo que sea **necesario por razones médicas** (salvo cualquier coseguro o deducible correspondiente).

¿Cómo puedo apelar si tengo Medicare Original?

Si la **BFCC-QIO** decide que está en condiciones para darle de alta y usted solicitó una **apelación** rápida dentro del plazo indicado, no será responsable de pagar los gastos del hospital (salvo cualquier **coseguro** o **deducible** correspondiente) hasta el mediodía del día en que se le entrega la decisión de la BFCC-QIO. Si recibe cualquier servicio hospitalario de internado después del mediodía de ese día, es posible que tenga que pagarlo.

Si tiene cualquier pregunta relativa a las apelaciones rápidas en hospitales, llame a la BFCC-QIO al número de teléfono indicado en el aviso del hospital. También puede visitar qioprogram.org/locate-your-bfcc-qio, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de la BFCC-QIO. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo puedo solicitar una apelación acelerada (rápida) en un entorno que no sea un hospital?

Puede tener el derecho a una apelación acelerada si cree que sus servicios de **centro de enfermería especializada (SNF)**, agencia de cuidado de la salud en el hogar (HHA), **centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF)**, u **hospicio** que son cubiertos por Medicare se terminan muy pronto.

Mientras recibe servicios de SNF, HHA, CORF, o hospicio, debería recibir el “Aviso de no Cobertura de Medicare” al menos 2 días antes de la interrupción de servicios cubiertos. Si no recibe este aviso, debe pedirlo. El aviso explica:

- La fecha programada para el cese de la cobertura de los servicios.
- Que podría tener que pagar los servicios que recibe después de la fecha del cese de cobertura indicada en su aviso.
- Información relativa a su derecho a recibir un aviso detallado de por qué se interrumpen los servicios cubiertos.
- Su derecho a una apelación rápida e información de cómo comunicarse con su BFCC-QIO para solicitarla.

Las palabras en rojo se definen en las páginas 55 a 58.



¿Cómo puedo apelar si tengo Medicare Original?

¿Cómo solicito una apelación rápida?

Solicite al **BFCC-QIO** una **apelación** acelerada antes del mediodía del día anterior a la fecha de rescisión que figura en su “Aviso de No Cobertura de Medicare”. Siga las instrucciones del aviso con respecto a cómo solicitar la apelación.

En caso de que pierda la fecha límite para solicitar una apelación rápida, aún puede pedir a la BFCC-QIO que revise su caso, pero las reglas y los plazos serán distintos. Para obtener más información, comuníquese con la BFCC-QIO.

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

El BFCC-QIO informará al proveedor sobre su solicitud. El proveedor le entregará una “Explicación Detallada de No Cobertura” antes del fin del día en que recibe la solicitud de BFCC-QIO detallará:

- Por qué los servicios de Medicare ya no se consideran razonables y necesarios, o por qué ya no serán cubiertos.
- La norma o política de cobertura de Medicare que se aplica a su situación, la cual incluirá una referencia a la política de Medicare correspondiente o información de cómo puede conseguir una copia de la política.
- Cómo se aplica la regla o política de cobertura de Medicare a su situación

Si BFCC-QIO decide que sus servicios terminan muy pronto, Medicare puede continuar cubriendo sus servicios de **SNF, HHA, CORF, u hospicio** (con excepción del **coseguro** o los **deducibles** correspondientes).

Si la BFCC-QIO decide que se deberían terminar los servicios, usted no será responsable por pagar los servicios de SNF, HHA, CORF, u hospicio que se proporcionaron antes de la fecha de cese del “Aviso de No Cobertura de Medicare.” Si sigue recibiendo servicios luego de la fecha de cese de cobertura, es posible que tendrá que pagarlos.

Si tiene alguna pregunta acerca de sus derechos relativos a servicios de SNF, HHA, CORF, u hospicio, incluso la apelación de la decisión de la **BFCC-QIO**, la recepción de avisos, o cómo enterarse de sus derechos luego de perder una fecha límite, llame a la BFCC-QIO al número de teléfono indicado en el aviso que el hospital le entrega. También puede visitar qioprogram.org/locate-your-bfcc-qio o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de la BFCC-QIO. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Qué es una “Aviso Anticipado de No Cobertura para el Beneficiario”? (ABN)?

Si tiene **Medicare Original** y su médico, otro **proveedor de la salud**, o **suministrador** considera que Medicare probablemente (o definitivamente) no pagará algunos artículos o servicios, él o ella podría entregarle un aviso llamado ABN (formulario CMS-R-131).

La ABN enumera los artículos o servicios que no se espera que Medicare pague, un presupuesto de los gastos de los artículos y servicios, y las razones por las cuales Medicare no pagaría. La ABN le proporciona información para que pueda tomar una elección informada relativa a si recibirá los artículos y servicios, **quedando entendido que usted podría tener que aceptar la responsabilidad de pagarlos**.

Se le pedirá que elija una casilla y que firme el aviso para afirmar que la leyó y la entendió. Deberá elegir una de las siguientes opciones:

- **Opción 1**—Quiere recibir los artículos o servicios que posiblemente no serán pagados por Medicare. Su proveedor o suministrador podrá pedir que los pague ahora, pero usted además querrá presentar una **reclamación** a Medicare para los artículos y servicios. Si Medicare deniega el pago, usted será responsable por pagarlos, pero ya que se presentó una reclamación, podrá **apelar** a Medicare. Si Medicare paga, el proveedor o el proveedor le reembolsará los pagos que realizó (menos los copagos y deducibles que pagó).
- **Opción 2**—Quiere recibir los artículos servicios que posiblemente no serán pagados por Medicare, pero no quiere pedir a su proveedor o suministrador que facture a Medicare. Se le podría pedir que pague los artículos o servicios ahora, pero como pide que el proveedor o suministrador no presenta ninguna reclamación a Medicare, usted no podrá presentar una apelación.
- **Opción 3**—No quiere recibir los artículos o servicios que posiblemente no serán pagados por Medicare, y no será responsable por ningún pago. No se presenta ninguna reclamación a Medicare, y no podrá presentar una apelación.

Un ABN no constituye una denegación de cobertura oficial por parte de Medicare. Si se deniega un pago una vez que se presenta una **reclamación**, usted tendría derecho a presentar una **apelación**.

Las palabras en rojo se definen en las páginas 55 a 58.

Otros tipos de ABN

▪ “Aviso Anticipado al Beneficiario de un Centro de Enfermería Especializada” (SNFABN)

Un **centro de enfermería especializada** (SNF) le entregará una SNFABN (Formulario CMS-R-131) si tiene motivos por creer que Medicare podría denegar cobertura o dejar de cubrir su cuidado o estadía porque no se considera razonable y necesario, o porque se considera **cuidado supervisado**.

Si decide recibir los servicios que quizá no sean cubiertos bajo la **Parte A**, no tendrá que pagarlos hasta que se haya presentado una **reclamación** y Medicare haya denegado el pago de manera oficial. Sin embargo, mientras se tramita la reclamación, usted tendrá que seguir pagando los gastos que generalmente pagaría, tal como el **coseguro** diario y gastos de servicios y suministros que generalmente no son cubiertos por Medicare.

El SNF podrá utilizar el ABN y cobrarle ahora para artículos o servicios de la **Parte B**. Si Medicare paga, el SNF le reembolsará por cualquier pago que realizó, salvo los **copagos** y **deducibles**.

▪ “Aviso de No Cobertura Emitida por el Hospital” (HINN)

Los hospitales utilizan un HINN cuando se cree que toda o una parte de la atención de internado que recibe en el hospital o, en algunos casos, los servicios relacionados con la Parte B, no serán cubiertos por Medicare. El aviso le explicará por qué el hospital cree que Medicare no pagará, y qué tendría que pagar al seguir recibiendo los servicios. Existen 4 tipos de HINN:

- Preadmisión/Admisión (HINN 1)
- Revisión solicitada por el hospital (HINN 10)
- Servicios no cubiertos durante una estancia cubierta (HINN 11)
- Estancia continua no cubierta (HINN 12)

Servicios y suministros que generalmente no son cubiertos por Medicare

Médicos, otros **proveedores de atención médica**, y **suministradores** no están obligados a (aunque aún podrían) entregarle un ABN por servicios que Medicare generalmente no cubre, tales como:

- Servicios dentales

¿Cómo puedo apelar si tengo Medicare Original?

- Aparatos de asistencia auditiva
- Exámenes oculares de rutina
- Cuidado del pie de rutina

¿Qué avisos envían las agencias de salud en el hogar?

Las agencias de salud en el hogar (HHA) deben enviar a las personas con Medicare Original avisos escritos en estas situaciones:

“Aviso de Cambios del Cuidado de Salud en el Hogar” (HHCCN)

La HHCCN es el aviso escrito que su HHA debería darle cuando su plan de atención médica en el hogar se cambia debido a uno de los siguientes:

- La HHA toma una decisión de negocios que significa que reducirá o dejará de brindarle a usted algunos o todos los servicios o suministros de salud en el hogar.
- Su médico modificó sus órdenes, lo cual podría reducir o eliminar algunos servicios o suministros de salud en el hogar que usted recibe.

La HHCCN enumera los suministros o servicios que se cambiarán, y le proporciona instrucciones de qué puede hacer si está en desacuerdo con el cambio.

No se obliga a la HHA a entregarle una HHCCN cuando emite una “Aviso de no Cobertura de Medicare”. Consulte la página 26 para obtener más información.

▪ “Aviso Anticipado de No Cobertura para el Beneficiario” (ABN)

Cuando la HHA cree que Medicare o pagará por algunos artículos o servicios de salud en el hogar o no pagará ninguna parte de su atención médica en el hogar, la agencia debería entregarle un ABN. Consulte la página 23 para obtener más información relativa a los ABN.

Las HHA deben entregarle un ABN si se reduce o termina la atención, o antes de que usted reciba cualquier artículo o servicio para los cuales Medicare podría denegar el pago debido a cualquier de los siguientes:

- No se consideran razonable y necesarios por razones médicas
- Se considera **cuidado supervisado**
- Usted no está confinado a su hogar
- Usted no necesita atención de enfermería especializada recurrente

Las palabras en rojo se definen en las páginas 55 a 58.



¿Cómo puedo apelar si tengo Medicare Original?

“Aviso de No Cobertura de Medicare” (NOMNC) Su HHA le enviará un NOMNC cuando finalizan todos sus servicios cubiertos por Medicare. Este le avisará de la fecha en que se terminarán los servicios y como **apelar** si cree que los servicios se están terminando muy pronto. El NOMNC le indica cómo contactar a su **Organización de Mejora de Calidad de la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)** para solicitar una apelación acelerada. Pida el aviso si no lo recibe.

Si decide solicitar una apelación rápida, debería llamar a la BFCC-QIO dentro del plazo indicado en el aviso. Luego de solicitar una apelación rápida, recibirá una segunda notificación que contiene más información relativa a los motivos por los cuales se termina su atención. La BFCC-QIO podrá hacerle preguntas relativas a su atención. Para respaldar su caso, pida información a su médico, la cual podrá presentar a la BFCC-QIO.

“Explicación Detallada de No Cobertura” (DENC) Su HHA le enviará un aviso cuando la BFCC-QIO informe que ha solicitado una revisión de BFCC-QIO de su caso. El aviso explicará por qué la HHA cree que Medicare dejará de pagar por su atención médica en el hogar.

Sección 3: ¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de salud de Medicare?

3

Los **planes Medicare Advantage** y los planes de costos de Medicare son opciones de planes de salud aprobadas por Medicare y administradas por compañías privadas. Cuando se une a un plan Medicare Advantage u otro **plan de salud de Medicare**, sigue perteneciendo a Medicare.

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

Los planes de costo de Medicare son tipos de HMO que están disponibles en ciertas áreas del país. Si tiene un plan de costo de Medicare y desea **apelar** por servicios que recibió fuera de la red del plan, tendrá que seguir el proceso de apelación de **Medicare Original**. Consulte la Sección 2.

Si está en un programa de PACE (Programa de Cuidados Inclusivos para Ancianos), puede tener derechos de apelación distintos. La organización de PACE le proporcionará información escrita de sus derechos de apelación.

Si decide apelar, pida cualquier información que podría respaldar su caso a su médico, otro **proveedor de la salud**, o **suministrador**. Conserve una copia de todo lo que envíe a su plan como parte de su apelación.

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

¿Cómo es el proceso de apelaciones de planes de Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare?

Solicite una determinación de la organización

Tiene derecho a pedir a su plan que brinde o pague por artículos o servicios que cree que deben estar cubiertos, brindados o continuados. La decisión del plan se denomina “determinación de la organización”. Usted, su representante, o su médico puede solicitar una determinación de la organización de su plan con anticipación para asegurar que los servicios son cubiertos. Si el plan niega la cobertura o el pago después de recibir los servicios, esa denegación es la determinación de la organización de que puede **apelar**.

Si cree que su salud podría verse gravemente afectada al tener que esperar los 14 días estándares que demoran las decisiones, debe pedir al plan que tome una decisión “acelerada”. El plan deberá indicarle su decisión dentro de 72 horas si se determina, o su médico le avisa a su plan, que esperar una decisión estándar podría perjudicar su vida, salud, o capacidad de recuperar función máxima de manera grave.

Si el plan no cubrirá los artículos o servicios que usted solicitó, recibirá un aviso que explica por qué su plan denegó, ya sea de manera completa o parcial, su solicitud y las instrucciones de cómo apelar la decisión de su plan al solicitar una reconsideración. Al apelar la decisión del plan, podrá pedir una copia de su expediente que contiene la información médica y otra información de su caso. Su plan podrá cobrarle por esta copia.

Si está en desacuerdo con la determinación de la organización de su plan, podrá presentar una apelación. El proceso de apelación tiene 5 niveles:

Nivel 1: Reconsideración por parte de su plan.

Nivel 2: Determinación reconsiderada (revisión) por parte de una Entidad de Revisión Independiente (IRE)

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

Nivel 4: Revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones)

Nivel 5: Revisión Judicial por un Tribunal Federal de Distrito. Si no está de acuerdo con una decisión tomada en cualquier nivel del proceso, puede acudir al siguiente nivel, por lo general. En cada nivel, recibirá las instrucciones de cómo pasar al siguiente nivel de **apelación**.

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de salud de Medicare?

Las palabras en rojo se definen en las páginas 55 a 58.

Nivel 1: Reconsideración por parte de su plan.

Si está en desacuerdo con la determinación de la organización de su plan, usted o su representante puede solicitar una reconsideración (una segunda revisión). Si su apelación trata de un servicio que aún no ha recibido, su médico puede solicitar una reconsideración en su nombre y deberá informarle.

Deberá pedir la reconsideración dentro de 60 días a partir de la fecha de la determinación de la organización.

¿Cómo puedo pedir una reconsideración?

Usted, su representante, o su médico deberá presentar una solicitud escrita estándar o acelerada (rápida), al menos que su plan permite que se presente una solicitud estándar por teléfono, fax, o correo electrónico. Podrá encontrar la dirección de su plan en los documentos de su plan y en la determinación de la organización.

Siga las indicaciones en el “Aviso de Denegación de Cobertura Médica” o “Aviso de Denegación de Pago” que recibió con la decisión negativa para solicitar una reconsideración por parte de su plan. Su solicitud escrita de reconsideración debería incluir:

- Su nombre completo, dirección, y número de Medicare.
- Los artículos o servicios para los que solicita una reconsideración, las fechas de servicio y los motivos por los que está apelando.
- El nombre de su representante, si ha designado uno. Para más información sobre cómo nombrar un representante, consulte la Sección 1.

También debería incluir cualquier otra información que podría respaldar su caso. Conserve una copia de todo lo que envíe a su plan para la apelación.

A menos que exista una extensión, su plan deberá responder a su solicitud de **apelación** dentro de estos plazos:

- Solicitud acelerada (rápida) —72 horas

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de salud de Medicare?

- Solicitud de servicio estándar—30 días
- Solicitud de pago—60 días

Su solicitud se considerará una solicitud rápida si su plan determina, o su médico le avisa a su plan, que esperar una decisión de servicio estándar podría perjudicar su vida, salud, o capacidad de recuperar función máxima de manera grave. Las solicitudes de pago no serán aceleradas.

El plazo para completar solicitudes estándar y aceleradas de servicios puede extenderse hasta 14 días. El plazo se puede prorrogar si, por ejemplo, su plan necesita más información de un proveedor no contractual para tomar una decisión en su caso y la prórroga le beneficia a usted. Su plan le informará por escrito si decide prorrogar el plazo. Su plan le informará los motivos de la demora y le informará de su derecho a presentar una **queja** acelerada (rápida) si no está de acuerdo con la decisión del plan de prorrogar el plazo.

Si el plan está de acuerdo con usted y cambia su decisión original, recibirá un aviso sobre el cambio. Si su plan toma una decisión negativa en su caso (ya sea total o parcialmente negativa), su apelación se reenvía automáticamente a una Entidad de revisión independiente, lo cual es el nivel 2. Si esto sucede, recibirá un aviso al respecto.

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

La IRE revisará la decisión de su plan y decidirá si fue la decisión correcta. Usted podrá enviar información de su caso a la IRE. Se deberá recibir esta información dentro de 10 días a partir de la fecha en que usted recibe un aviso de que su caso se ha reenviado a la IRE. La dirección de la IRE se encuentra en el aviso.

Por lo general, la IRE le enviará su decisión en una “Determinación reconsiderada” escrita dentro de los siguientes plazos:

- Solicitud acelerada (rápida) —72 horas
- Solicitud de servicio estándar—30 días
- Solicitud de pago—60 días

Le otorgarán una decisión rápida si la IRE determina que su vida o salud podría verse perjudicada al tener que esperar una decisión estándar.

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de salud de Medicare?

Si no está de acuerdo con la decisión de la IRE en el nivel 2, tendrá 60 días a partir de la fecha en que recibe la decisión de la IRE para solicitar una decisión de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA), que representa el nivel 3.

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

Si no se encuentra satisfecho con la “Decisión reconsiderada” del IRE, puede solicitar una decisión de OMHA, en una audiencia frente a un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o, en ciertos casos, una revisión del registro de la **apelación** por un ALJ o un abogado adjudicador.

Una audiencia ante un ALJ permite que presente su apelación a una nueva persona quien, de manera independiente, revisará los hechos de su apelación y escuchará su testimonio antes de tomar una decisión nueva e imparcial. Una audiencia con un ALJ en general se realiza por teléfono o videoconferencia, pero puede realizarse en persona si el ALJ determina que usted tiene un buen motivo. Puede solicitar al OMHA que tome una decisión sin mantener una audiencia (de acuerdo con la información en su registro de apelación). Si lo hace, un ALJ o un abogado adjudicador revisarán la información en su registro de apelación y emitirán una decisión. El ALJ o abogado adjudicador también pueden emitir una decisión sin celebrar una audiencia si, por ejemplo, la información en su registro de apelaciones respalda una decisión que está totalmente a su favor.

Para obtener una audiencia o revisión con OMHA, el importe de su caso deberá alcanzar una cantidad mínima. Para 2023, la cantidad requerida es de \$180. La “Determinación Reconsiderada” puede incluir una declaración que indica si se estima que su caso alcanza la cantidad mínima. Sin embargo, el ALJ toma la decisión final. Es posible que pueda combinar **reclamaciones** para alcanzar el monto mínimo en dólares.

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de salud de Medicare?

¿Cómo puedo pedir una audiencia?

Siga las indicaciones de la “Determinación Reconsiderada” de la IRE para solicitar una audiencia ante un ALJ, o presente una solicitud escrita con la información a continuación dentro de 60 días a partir de la fecha en que recibe la “Determinación Reconsiderada” de la IRE.

Usted o su representante deben enviar su solicitud a la dirección que figura en la “Determinación Reconsiderada” de la IRE. Puede pedir una audiencia de una de las siguientes maneras:

- Llene el formulario de “Solicitud para una Audiencia de Medicare ante un Juez Administrativo (ALJ, en inglés) o Revisión de Despido” (OMHA-100), lo cual se incluye con la “Determinación Reconsiderada”. También puede obtener una copia visitando hhs.gov/about/agencies/omha/filing-an-appeal/forms/index.html, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Presentar una solicitud escrita debe incluir:
 - Su nombre, dirección, número de teléfono y Número de Medicare. Si ha designado un representante, incluya el nombre, la dirección, y el número de teléfono de su representante.
 - El número de **apelación** asignado por la IRE, si lo hubiere.
 - Las fechas de servicio de los artículos o servicios para los cuales está apelando.
 - Una explicación de por qué no está de acuerdo con la reconsideración de la IRE.
 - Otra información que podría respaldar su caso. Si no puede incluir esta información con su solicitud, adjunte una declaración que detalla lo que planea presentar y cuándo lo presentará.

Conserve una copia de todo documento que envíe para la apelación. Para solicitar una audiencia ante un ALJ, siga las instrucciones de la “Determinación Reconsiderada” de la IRE. Su solicitud de una audiencia ante un ALJ deberá presentarse a la IRE y la IRE reenviará su solicitud y el expediente del caso a la OMHA. Para obtener más información sobre el proceso de decisión de la OMHA, visite hhs.gov/about/agencies/omha/the-appeals-process/level-3/index.html. Si necesita ayuda para presentar una apelación a un ALJ, llame su plan.

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de salud de Medicare?

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

Para solicitar que OMHA tome una decisión sin una audiencia basada únicamente en la información que se encuentra en su registro de **apelación**, presente la información requerida para una solicitud de audiencia con un ALJ de la IRE y uno de los siguientes:

- El formulario “Renuncia al Derecho a una Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ)” (Formulario OMHA-104). Puede obtener una copia visitando hhs.gov/about/agencies/omha/filing-an-appeal/forms/index.html.
- Una solicitud por escrito que indique que no desea presentarse ante un ALJ en una audiencia (incluida una audiencia celebrada por teléfono o videoconferencia).

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

Si ha solicitado a OMHA una decisión sin una audiencia, pero el ALJ decide que es necesaria una audiencia, le informará cuándo será la audiencia. Si no se realiza una audiencia, un ALJ o un abogado adjudicador revisarán la información en su registro de apelación y emitirán una decisión.

Si OMHA decide a favor de usted, el plan tiene derecho a apelar esa decisión al pedir una revisión al Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones).

Si no está de acuerdo con la decisión OMHA en el nivel 3, tendrá 60 días a partir de la fecha en que recibe la decisión OMHA para solicitar una revisión por parte del Consejo de Apelaciones, lo cual es el nivel 4.

Nivel 4: Revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones).

Puede pedir que el Consejo de Apelaciones revise su caso, independientemente de la cantidad de dólares implicada.

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

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de salud de Medicare?

¿Cómo puedo pedir una revisión?

Para solicitar que el Consejo de Apelaciones revise la decisión de OMHA en su caso, siga las indicaciones en la decisión que recibió de OMHA en el nivel 3. Deberá enviar su solicitud al Consejo de Apelaciones a la dirección indicada en la carta de decisión de OMHA. Puede presentar una solicitud de revisión del Consejo de Apelaciones de una de las siguientes maneras:

- Llene un formulario de “Solicitud de Revisión de una Decisión/Desestimación de Medicare de un Juez Administrativo (ALJ)” (DAB-101). Para obtener una copia, visite [hhs.gov/dab/divisions/dab101.pdf](https://www.hhs.gov/dab/divisions/dab101.pdf), o llame a su plan o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite una copia. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Presente una solicitud escrita al Consejo de Apelaciones que incluya:
 - Su nombre y Número de Medicare. Si ha designado un representante, incluya su nombre.
 - Los artículos o servicios para los cuales apela y las fechas de servicio precisas. Consulte su MSN o la decisión de OMHA para ver esta información.
 - Una declaración que identifica las partes de la decisión de OMHA con las cuales está en desacuerdo y la explicación de por qué está en desacuerdo.
 - La fecha de la decisión de OMHA.

Conserve una copia de todo documento que envíe como parte de su **apelación**. Para más información del proceso de revisión del Consejo de Apelaciones, visite [hhs.gov/dab](https://www.hhs.gov/dab) y seleccione “División de Operaciones de Medicare.” Si necesita ayuda para presentar una solicitud de revisión del Consejo de Apelaciones, llame al 1-800-MEDICARE.

Si el Consejo de Apelaciones decide a su favor, el plan tiene el derecho de apelar esta decisión solicitando una Revisión Judicial por un Tribunal de Distrito Federal, si el caso cumple con un monto mínimo como se especifica a continuación.

Si no está de acuerdo con la decisión del Consejo de Apelaciones en el nivel 4, tendrá 60 días a partir de la fecha en que recibe la decisión del Consejo de Apelaciones para solicitar una revisión judicial por un Tribunal Federal de Distrito, lo cual es el nivel 5.

Si el Consejo de Apelaciones rechaza una solicitud de revisión presentada por usted o por usted (incluido su plan), y si su caso cumple con el monto mínimo en dólares, usted o la parte pueden solicitar una revisión judicial de la decisión de OMHA.

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de salud de Medicare?

Nivel 5: Revisión Judicial por un Tribunal Federal de Distrito.

Si no está de acuerdo con la decisión que emite el Consejo de Apelaciones, puede pedir una Revisión Judicial en un Tribunal Federal de Distrito. Para que le conceda la revisión, el importe de su caso deberá alcanzar una cantidad mínima. Para 2023, la cantidad requerida es de \$1,850.

¿Cómo puedo pedir una revisión?

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

Para más información del proceso de apelaciones:

- Visite es.Medicare.gov/appeals.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Visite es.Medicare.gov/forms-help-resources/medicare-forms para obtener formularios de **apelación**.
- Llame a su **Programa Estatal de Asistencia con Seguro Médico (SHIP)** para asesoramiento gratuito y personalizado relativo al seguro médico que incluya orientación relativa a las apelaciones. Para obtener el número de teléfono del SHIP de su estado, llame al 1-800-MEDICARE.

¿Cómo puedo solicitar una apelación acelerada (rápida) en un hospital?

Tiene derecho a una apelación acelerada si cree que le están dando de alta demasiado pronto de su internación cubierta por Medicare.

Dentro de 2 días de su ingreso a la internación en un hospital, recibirá el aviso “Un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos” (también se refiere como el “Mensaje Importante de Medicare” o el “IM”). Si no recibe el aviso, pídale. El aviso detalla:

- Su derecho a obtener todo servicio hospitalario que sea **necesario**

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de salud de Medicare?

por
razones médicas

- Su derecho a participar en cualquier decisión que tome el hospital, su médico, o cualquier otra persona relativa a los servicios hospitalarios que reciba y quién los pagará.
- Su derecho a recibir los servicios que necesita después de salir del hospital
- Su derecho a **apelar** una decisión de alta y los pasos a seguir para apelar la decisión.
- Las circunstancias bajo las cuales usted tendrá o no tendrá que pagar los gastos vinculados con la prolongación de su estadía en el hospital.
- Información relativa a su derecho a recibir un aviso detallado de por qué se interrumpen los servicios cubiertos.

Si el hospital le entrega el IM más de 2 días antes de su día de alta, o deberá entregarle una copia del IM original y firmado o proporcionarle un IM nuevo (que usted deberá firmar) antes de su alta.

¿Cómo solicito una apelación rápida?

Solicite a la **Organización de Mejora de la Calidad en la Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)** una apelación acelerada el día programado para su alta del hospital, a más tardar. Siga las instrucciones del aviso con respecto a cómo solicitar la apelación.

Si solicita su apelación por escrito o por teléfono dentro de este plazo, puede permanecer en el hospital sin pagar su estancia (con excepción del **coseguro** o los **deducibles** de aplicación) mientras espera para recibir la decisión del BFCC-QIO.

Si se vence el plazo para una apelación acelerada, aún puede solicitar una apelación a su plan, pero se aplican diferentes reglas. Para obtener más información, llame al BFCC-QIO al número de teléfono que figura en el aviso que el hospital le proporciona. También puede visitar qioprogram.org/locate-your-bfcc-qio, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de la BFCC-QIO. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de salud de Medicare?

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

Cuando la **BFCC-QIO** recibe su solicitud dentro del plazo de la **apelación** acelerada, informará al plan y al hospital. Su plan o el hospital le enviarán un “Aviso Detallado del Alta” antes del mediodía del día posterior a que la BFCC-QIO informa al hospital. El aviso detallará:

- Por qué los servicios ya no se consideran razonables y necesarios, o por qué ya no serán cubiertos.
- La norma o política de cobertura de Medicare correspondiente, la cual incluirá una referencia a la política de Medicare correspondiente o información de cómo puede conseguir una copia de la política.
- Cómo la norma o política de cobertura aplica a su situación específica.

La BFCC-QIO examinará la información médica que el hospital proporciona y también le pedirá a usted su opinión. La BFCC-QIO decidirá si usted está en condiciones para darle de alta dentro de un día de haber recibido la información solicitada.

Si la BFCC-QIO decide que le están dando de alta demasiado pronto, el plan seguirá cubriendo su internación cubierta por Medicare, siempre y cuando sea **necesaria por razones médicas** (excepto el **coseguro** o los **deducibles** que correspondan).

Si la BFCC-QIO decide que está en condiciones para darle de alta y usted solicitó una apelación rápida dentro del plazo indicado, no será responsable de pagar los gastos del hospital (salvo cualquier coseguro o deducible correspondiente) hasta el mediodía del día en que se le entrega la decisión de la BFCC-QIO. Si recibe cualquier servicio hospitalario de internado después del mediodía de ese día, es posible que tenga que pagarlo.

Si tiene cualquier pregunta relativa a las apelaciones rápidas en hospitales, puede llamar a la BFCC-QIO al número de teléfono indicado en el aviso del hospital. También puede visitar qioprogram.org/locate-your-bfcc-qio, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de la BFCC-QIO. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de salud de Medicare?

¿Cómo puedo solicitar una apelación acelerada (rápida) en un entorno que no sea un hospital?

Tiene derecho a una **apelación** acelerada si cree que sus servicios de **centro de enfermería especializada (SNF)**, agencia de atención médica en el hogar (HHA), o **centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF)** cubiertos por Medicare terminan muy pronto.

Mientras recibe servicios de SNF, HHA, o CORE, deberá recibir un aviso titulado “Aviso de No Cobertura de Medicare” al menos 2 días antes de la interrupción de servicios cubiertos. Si no recibe el aviso, debe pedirla. El aviso explica:

- La fecha programada para el cese de la cobertura de los servicios.
- Que podría tener que pagar los servicios que recibió después de la fecha del cese de cobertura indicada en su aviso.
- Información relativa a su derecho a recibir un aviso de por qué se interrumpen los servicios cubiertos.
- Su derecho a una apelación rápida e información de cómo comunicarse con su **BFCC-QIO** para solicitarla

¿Cómo solicito una apelación rápida?

Solicite al BFCC-QIO una apelación acelerada antes del mediodía del día anterior a la fecha de rescisión que figura en su “Aviso de No Cobertura de Medicare”. Siga las instrucciones del aviso con respecto a cómo solicitar la apelación.

Si se vence el plazo para solicitar una apelación acelerada, aún puede solicitar una apelación a su plan, pero se aplican diferentes reglas. Para obtener más información, llame al BFCC-QIO al número de teléfono que figura en el aviso que recibió. También puede visitar qioprogram.org/locate-your-bfcc-qio, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de la BFCC-QIO. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de salud de Medicare?

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

La **BFCC-QIO** notificará al plan y al proveedor cuando reciba su solicitud. Luego, el proveedor le entregará una “Explicación Detallada de No Cobertura” antes del fin del día en que recibe el aviso de la BFCC-QIO. El aviso detallará:

- Por qué su plan pretende dejar de cubrir sus servicios.
- La norma o política de cobertura de Medicare que se aplica a su situación, la cual incluirá una referencia a la política de Medicare correspondiente o información de cómo puede conseguir una copia de la política que utiliza su plan para explicar por qué termina su cobertura.
- Cualquier política del plan, disposición de contrato, o razón en que se basó la decisión del alta.

Si la BFCC-QIO decide que sus servicios están terminando demasiado pronto, el plan seguirá cubriendo sus servicios cubiertos por Medicare en un **SNF, HHA o CORF** (excepto el **coseguro** o los **deducibles** que correspondan).

Si la BFCC-QIO decide que se deberían terminar los servicios, usted no será responsable por pagar los servicios de SNF, HHA, o CORF que se proporcionaron antes de la fecha de cese del “Aviso de No Cobertura de Medicare” que identificó la fecha de finalización de los servicios. Si sigue recibiendo servicios luego de la fecha de cese de la cobertura, es posible que tenga que pagarlos.

Si tiene alguna pregunta relativa a sus derechos con respecto a servicios de SNF, HHA, o CORF, inclusive la apelación de la decisión de la BFCC-QIO, avisos, o cómo enterarse de sus derechos adicionales relativos a **apelaciones** luego de perder una fecha límite, llame a la BFCC-QIO al número de teléfono indicado en el aviso de su proveedor, o llame a su plan de salud (el número de teléfono del plan se encuentra en los documentos de su plan). También puede visitar qioprogram.org/locate-your-bfcc-qio, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener el número de teléfono de la BFCC-QIO. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

¿Cómo puedo presentar una queja?

Si tiene preocupaciones o problemas con su **plan de Medicare Advantage** u otro plan de salud de Medicare que no tienen que ver con solicitudes de servicios o artículos o el pago de éstos, podrá presentar una **queja**.

- Si la queja trata de la calidad de cuidado que recibió o está recibiendo, puede presentar la queja a su plan y/o su **BFCC-QIO**. Para obtener el número de teléfono de la BFCC-QIO, visite qioprogram.org/locate-your-bfcc-qio, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- Podrá presentar una queja a su **plan de salud de Medicare**.

Por ejemplo, si:

- Cree que se deberían cambiar las horas de atención al cliente de su plan.
- Cree que no hay suficientes especialistas en el plan para satisfacer sus necesidades (pero no tiene una solicitud específica para visitar a un especialista fuera de la red; una solicitud para ver a un especialista fuera de la red es una solicitud de determinación de la organización).
- La compañía que gestiona su plan le envía materiales que no pidió y no están relacionados con su plan.
- El plan no tomó una decisión relativa a una reconsideración dentro del plazo requerido. Consulte la **apelación** de nivel 1 en la página 29.
- El plan no reenvió su caso a la IRE. Consulte el nivel 2 en la página 30.
- No está de acuerdo con la decisión del plan de no otorgar su solicitud de una apelación rápida o no está de acuerdo con la decisión del plan de prorrogar el plazo para la toma de su decisión.
- El plan no proporcionó las notificaciones requeridas.
- Los avisos del plan no cumplen con las normas de Medicare.

Cuando se une a un plan de Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare, el plan le enviará información de cómo presentar quejas en sus publicaciones de afiliación. Lea la información atentamente, y consérvela donde podrá encontrarla si la necesita. Llame a su plan si tiene alguna pregunta.

Sección 4: ¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de medicamentos de Medicare?

4

Si tiene cobertura de medicamentos de Medicare a través de un **plan de medicamentos de Medicare** (PDP), un **plan de Medicare Advantage** con cobertura de medicamentos (MA-PD), u otro plan de Medicare, su plan le enviará información relativa a sus derechos (denominada “Evidencia de Cobertura”). Llame a su plan si tiene preguntas acerca de su “Prueba de cobertura.”

Tiene derecho a pedir a su plan que le brinde o le pague un medicamento que usted cree que debe estar cubierto, provisto o debe discontinuarse. Tiene derecho a solicitar una **apelación** si no está de acuerdo con la decisión de su plan de proporcionar o pagar por un medicamento o no.

Si su plan de medicamentos de Medicare ha limitado su acceso a ciertos medicamentos bajo su programa de administración de medicamentos, puede apelar la decisión del plan de limitar su acceso a los medicamentos. Si apela, su plan revisará su caso y le dará una decisión.

Si decide apelar, pida cualquier información que podría respaldar su caso a su médico u otro **proveedor de atención médica**. Conserve una copia de todo lo que envíe a su plan para la apelación.

Qué ocurre si mi plan no cubre un medicamento que creo necesitar?

Si su farmacéutico le dice que su plan de medicamentos recetados de Medicare no cubrirá un medicamento que usted cree que debería ser cubierto, o que cubrirá el medicamento a un costo mayor al cual usted cree que debería pagar, tiene estas opciones:

- **Consulte al encargado de elaborar la receta autorizado.**

Pregunte al profesional que le recetó el medicamento si usted satisface los requisitos de autorización previa o de terapia escalonada. Para más información relativa a dichos requisitos, visite [es.Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Además, puede preguntarle al profesional que le recetó el medicamento si existen otros medicamentos genéricos, de venta libre, o de marca a un costo menor que cumplirían el mismo propósito como los que usted toma actualmente.

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de medicamentos de Medicare?

▪ Solicite una determinación de cobertura (incluida una “exención”).

Usted, su representante, su médico, u otro profesional que le receta medicamentos podrá solicitar (o verbalmente o por escrito) que su plan cubra la receta que usted necesita. Puede pedir una determinación de cobertura si su farmacéutico o plan le avisa de uno de lo siguiente:

- Un medicamento que usted cree que debería ser cubierto no lo es
- Un medicamento se cubre a un costo mayor a lo que usted cree que debería tener que pagar
- Usted tiene que satisfacer una norma de cobertura del plan (como la autorización previa) antes de poder conseguir el medicamento que pidió
- Que no cubrirá un medicamento en la lista de medicamentos de su plan (también denominado formulario)

Usted, su representante, su médico, u otro profesional que le receta medicamentos puede solicitar una determinación de cobertura, denominada “excepción” si:

- Usted cree que su plan debería cubrir un medicamento que no está en el formulario porque las otras opciones de tratamiento del formulario no funcionarán para usted
- Su médico u otro profesional que le receta medicamentos cree que usted no puede satisfacer una de las normas de cobertura de su plan, tal como la autorización previa, la terapia escalonada, o los límites sobre la cantidad o la dosis
- Usted cree que su plan debería cobrar un monto menor para un medicamento que toma que está en el nivel de medicamentos no preferidos de su plan porque las otras opciones de tratamiento en el nivel de medicamentos preferidos de su plan no le funcionarán

Si solicita una exención, su médico u otro profesional que le receta medicamentos tendrá que proporcionar una declaración de apoyo al plan que explica por qué usted necesita el medicamento que pide. Comuníquese con su plan para averiguar si se deberá proporcionar la declaración de apoyo por escrito. El plazo para la toma de una decisión de su plan comienza una vez que el plan recibe la declaración de apoyo.

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de medicamentos de Medicare?

Puede solicitar una determinación de cobertura antes de pagar por medicamentos, o podría pagar por medicamentos, guardar el recibo, y pedir que el plan le reembolse al solicitar la determinación de cobertura. Consulte la “Prueba de Cobertura” que su plan le envía para más información sobre cómo obtener un reembolso para los gastos de su bolsillo.

Puede presentar una solicitud estándar para cualquier determinación de cobertura, o, si no ha pagado por el medicamento aún, podrá presentar una solicitud acelerada (rápida). Revise los plazos a continuación.

¿Cómo puedo presentar una determinación de cobertura estándar?

Usted, su representante, su médico, u otro profesional que le receta medicamentos puede solicitar una determinación de cobertura (incluida una “exención”) al seguir las instrucciones que el plan le envía. Una vez que su plan recibe su solicitud, tendrá hasta 72 horas para notificarle de su decisión respecto a solicitudes de beneficios de medicamentos, y 14 días naturales para solicitudes de pago. Si solicita una excepción, recibirá una respuesta a más tardar 72 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico.

Puede llamar a su plan o enviar una carta. Puede solicitarle que le envíe un formulario de “Ejemplar de solicitud de determinación de cobertura” completo para solicitar una determinación de cobertura o exención a su plan. Su plan deberá aceptar cualquier solicitud escrita para una determinación de cobertura enviada por usted, su representante, su médico, u otro profesional que le receta medicamentos.

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

Usted, su representante, su médico, u otro profesional que le receta medicamentos puede llamar o escribir a su plan para solicitar que se tome una decisión rápida dentro de 24 horas de recibir la solicitud. Si solicita una excepción, recibirá una respuesta a más tardar 24 horas después de recibir la declaración de apoyo de su médico. Le otorgarán una decisión rápida si su plan determina, o su médico u otro profesional que le receta medicamentos le avisa a su plan, que esperar 72 horas para una decisión podría perjudicar su vida, salud, o capacidad de recuperar función máxima de manera grave. No puede solicitar (y no le otorgarán) una decisión rápida si ya pagó y recibió el medicamento.

Las palabras en rojo se definen en las páginas 55 a 58.

4

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de medicamentos de Medicare?

Puede llamar a su plan o enviar una carta. Puede solicitarle que le envíe un formulario del “Modelo de Solicitud de Determinación de Cobertura” completo para solicitar una determinación acelerada de cobertura o exención a su plan.

¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión?

Su **plan de medicamentos de Medicare** le enviará una decisión escrita. Si no está de acuerdo con dicha decisión, tiene derecho a **apelar**.

Cómo es el proceso de apelaciones para un plan de medicamentos de Medicare?

El proceso de apelación tiene 5 niveles.

Nivel 1: Redeterminación por parte de su plan.

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

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

Nivel 4: Revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones)

Nivel 5: Revisión Judicial por un Tribunal Federal de Distrito.

Si no está de acuerdo con una decisión tomada en cualquier nivel del proceso, puede acudir al siguiente nivel, por lo general. En cada nivel, recibirá las instrucciones de cómo pasar al siguiente nivel de apelación.

Nivel 1: Redeterminación por parte de su plan

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

Deberá solicitar la redeterminación dentro de 60 días a partir de la fecha del aviso de determinación de cobertura. Si no cumple con la fecha límite, debe proporcionar una razón para presentarla más tarde.

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de medicamentos de Medicare?

¿Cómo puedo pedir una redeterminación?

Siga las indicaciones del aviso de denegación inicial de su plan y los documentos del plan. Usted, su representante, su médico, u otro profesional que le receta medicamentos puede solicitar una redeterminación estándar o acelerada (rápida). No puede pedir una redeterminación rápida si la **apelación** se trata de un pago por un medicamento que usted ya recibió. Solicitudes estándares se deberán realizar por escrito, al menos que su plan permite que presente una solicitud estándar verbalmente, por teléfono. Se le otorgará una decisión rápida si su plan determina, o su médico u otro profesional que le receta medicamentos le avisa a su plan, que esperar una decisión estándar podría perjudicar su vida, salud, o capacidad de recuperar función máxima de manera grave.

Su plan deberá aceptar cualquier solicitud escrita para una redeterminación de usted, su representante, su médico, u otro profesional que le receta medicamentos.

- Su nombre completo, dirección, y Número de Medicare o de membresía.
- El nombre del medicamento que quiere que el plan cubra.
- Los motivos por su apelación.
- Si ha designado un representante, incluya su nombre y un comprobante de su representación. Para más información de cómo designar un representante, vea la Sección 1.

Envíe su solicitud y cualquier otra información que podría respaldar su caso, incluso los expedientes médicos. La dirección y número de teléfono de su plan se encuentran en los documentos de su plan y además serán incluidos en cualquier decisión escrita del plan que recibe.

Su plan responderá con un “Aviso de Redeterminación” dentro de los siguientes plazos:

- Decisión de redeterminación acelerada (rápida)—tan pronto como su afección requiera, hasta un máximo de 72 horas.
- Redeterminación estándar de la decisión de beneficios —7 días
- Redeterminación estándar de la decisión de pago —14 días

Si no está de acuerdo con la decisión de redeterminación del plan en el nivel 1, puede solicitar una reconsideración por parte de una Entidad de Revisión Independiente (IRE), lo cual es el nivel 2. Debe solicitar la reconsideración dentro de 60 días a partir de la fecha de la decisión de redeterminación. Si no cumple con el plazo, debe proporcionar una razón para presentar la solicitud más tarde. Si apela una limitación que le aplica a su acceso a ciertos medicamentos bajo el programa de administración de medicamentos de su plan y su plan rechaza su solicitud, su apelación se envía automáticamente a la IRE. Si esto sucede, recibirá un aviso por escrito al respecto.

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de medicamentos de Medicare?

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

Si no está de acuerdo con la redeterminación del plan, usted, su representante, o su médico u otro profesional que le receta medicamentos podrá solicitar una reconsideración estándar o acelerada (rápida) por parte de una IRE. No puede pedir una reconsideración rápida si la **apelación** se trata de un pago por un medicamento que usted ya recibió.

¿Cómo puedo pedir una reconsideración?

Para solicitar una reconsideración de una IRE, siga las indicaciones en el “Aviso de Redeterminación” del plan. Si su plan emite una redeterminación adversa, debería enviarle un formulario de “Solicitud de Reconsideración” que puede utilizar para solicitar una reconsideración. Si no recibe el formulario, llame a su plan y pida una copia.

Envíe su solicitud a la IRE a la dirección o número de fax que se indica en el “Aviso de Redeterminación” del plan. Le otorgarán una decisión de reconsideración rápida si la IRE determina, o su médico le avisa a la IRE, que esperar una decisión estándar podría perjudicar su vida, salud, o capacidad de recuperar función máxima de manera grave.

Una vez que la IRE recibe la solicitud de revisión, le enviará una decisión en un “Aviso de Reconsideración” dentro de los siguientes plazos:

- Decisión de reconsideración acelerada (rápida)—tan pronto como su afección requiera, hasta un máximo de 72 horas.
- Reconsideración estándar de la decisión de beneficios —7 días
- Redeterminación estándar de la decisión de pago —14 días

Nota: La IRE también puede denominarse “QIC de la Parte D”.

Si no está de acuerdo con la decisión de la IRE en el nivel 2, tendrá 60 días a partir de la fecha en que recibe la decisión de la IRE para solicitar una decisión de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA), que representa el nivel 3.

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de medicamentos de Medicare?

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

Si no se encuentra satisfecho con la decisión de reconsideración de la IRE, puede solicitar una decisión de OMHA, en una audiencia frente a un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) o, en ciertos casos, una revisión del registro de la apelación por un ALJ o un abogado adjudicador.

Una audiencia ante un ALJ permite que presente su **apelación** a una nueva persona quien, de manera independiente, revisará los hechos de su apelación y escuchará su testimonio antes de tomar una decisión nueva e imparcial. Una audiencia con un ALJ en general se realiza por teléfono o videoconferencia, pero puede realizarse en persona si el ALJ determina que usted tiene un buen motivo. Puede solicitar al OMHA que tome una decisión sin mantener una audiencia (de acuerdo con la información en su registro de apelación). Si lo hace, un ALJ o un abogado adjudicador revisarán la información en su registro de apelación y emitirán una decisión. El ALJ o abogado adjudicador también pueden emitir una decisión sin celebrar una audiencia si, por ejemplo, la información en su registro de apelaciones respalda una decisión que está totalmente a su favor.

Para obtener una audiencia o revisión con OMHA, el importe de su caso deberá alcanzar una cantidad mínima. Para 2023, la cantidad requerida es de \$180. El “Aviso de Reconsideración” puede incluir una declaración que indica si se estima que su caso alcanza la cantidad mínima. Sin embargo, el ALJ toma la decisión final. Es posible que pueda combinar **reclamaciones** para alcanzar la cantidad mínima en dólares.

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

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de medicamentos de Medicare?

¿Cómo puedo pedir una audiencia?

Usted debe enviar su solicitud a Operaciones Centrales de OMHA. Se indica esta dirección en la “Aviso de Reconsideración” de la IRE. Puede pedir una audiencia de una de las siguientes maneras:

- Llene el formulario de “Solicitud para una Audiencia de Medicare ante un Juez Administrativo (ALJ, en inglés) o Revisión de Despido” (OMHA-100). Puede obtener una copia visitando hhs.gov/about/agencies/omha/filing-an-appeal/forms/index.html, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Presentar una solicitud escrita debe incluir:
 - Su nombre completo, dirección, número de teléfono, Número de Medicare, y el nombre de su **plan de medicamentos de Medicare**. Si ha designado un representante, incluya el nombre, la dirección, y el número de teléfono.
 - El número de **apelación** que se encuentra en el “Aviso de Reconsideración”.
 - El medicamento en disputa. Consulte su Aviso de Redeterminación o “Aviso de Reconsideración” para esta información.
 - La razón por la cual no está de acuerdo con la decisión de reconsideración.
 - Otra información que podría respaldar su caso. Si no puede incluir esta información con su solicitud, adjunte una declaración que detalla lo que planea presentar y cuándo lo presentará.
 - Si solicita una decisión acelerada (rápida), incluya una declaración a tal efecto.
- Si solicita una decisión acelerada (rápida), podrá presentar una solicitud verbal. Siga las instrucciones del “Aviso de Reconsideración” de la IRE para hacerlo. El ALJ o abogado adjudicador le otorgarán una decisión rápida si su médico u otro profesional que le receta medicamentos indica, o si el ALJ o el abogado adjudicador determinan que esperar el plazo estándar de 90 días para una decisión podría perjudicar su vida, salud, o capacidad de recuperar función máxima de manera grave. No puede solicitar (y no le otorgarán) una decisión rápida si ya recibió el medicamento.

Si solicita una decisión acelerada (rápida), recibirá una decisión tan rápido como lo requiera su estado de salud, pero en general a más tardar 10 días a partir del día en que la oficina de OMHA recibe su solicitud de audiencia especificada en el “Aviso de Reconsideración”, a menos que ese período de tiempo se extienda.

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

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de medicamentos de Medicare?

Las palabras en rojo se definen en las páginas 55 a 58.

Para solicitar que OMHA tome una decisión sin una audiencia basada únicamente en la información que se encuentra en su registro de apelación, presente la información requerida para una solicitud de audiencia con un ALJ de la IRE e incluir:

- El formulario “Renuncia al Derecho a una Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ)” (OMHA-104). Puede obtener una copia visitando hhs.gov/about/agencies/omha/filing-an-appeal/forms/index.html.
- Una solicitud escrita, o una solicitud verbal en el caso de una **apelación** acelerada, que indique que no desea presentarse frente a un ALJ en una audiencia (incluida una audiencia realizada por teléfono o videoconferencia) y explicando por qué decidió renunciar a la audiencia.

Incluso si renuncia a la audiencia con el ALJ, aún se puede llevar a cabo una audiencia si el ALJ cree que es necesaria una audiencia para decidir su caso.

Si ha solicitado a OMHA una decisión sin una audiencia, pero el ALJ decide que es necesaria una audiencia, le informará cuándo será la audiencia. Si no se realiza una audiencia, un ALJ o un abogado adjudicador revisarán la información en su registro de apelación y emitirán una decisión.

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

Si no está de acuerdo con la decisión del ALJ en el nivel 3, tendrá 60 días a partir de la fecha en que recibe la decisión del ALJ para solicitar una revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones), lo cual es el nivel 4.

Nivel 4: Revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo de Apelaciones)

Puede pedir que el Consejo de Apelaciones revise su caso, independientemente de la cantidad de dólares implicada.

¿Cómo puedo pedir una revisión?

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de medicamentos de Medicare?

Para solicitar que el Consejo de Apelaciones revise la decisión de OMHA en su caso, siga las indicaciones en la carta de decisión que recibió de OMHA en el nivel 3. Su solicitud deberá enviarse al Consejo de Apelaciones a la dirección indicada en la decisión de OMHA. Usted o su representante puede presentar una solicitud de revisión del Consejo de Apelaciones de una de las siguientes maneras:

- Llene la “Solicitud de Revisión de una Decisión/Desestimación de Medicare de un Juez Administrativo (ALJ)” (DAB-101). Se puede bajar el formulario en hhs.gov/sites/default/files/dab101.pdf, o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedirlo. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Presente una solicitud escrita al Consejo de Apelaciones que incluya:
 - Su nombre completo, dirección, número de teléfono, Número de Medicare, y el nombre de su **plan de medicamentos de Medicare**. Si ha designado un representante, incluya el nombre y la dirección.
 - El medicamento recetado en disputa. Consulte su Aviso de Reconsideración de la IRE o su carta de decisión de OMHA para esta información.
 - Una declaración que identifica las partes de la decisión del ALJ con las cuales está en desacuerdo y la explicación de por qué está en desacuerdo.
 - El número de **apelación** de ALJ.
 - Si solicita una decisión acelerada (rápida), incluya una declaración a tal efecto.
- Si solicita una revisión acelerada (rápida), podrá presentar una solicitud verbal. Siga las instrucciones de la decisión de OMHA. El Consejo de Apelaciones le otorgará una decisión rápida si su médico u otro profesional que le receta medicamentos indica, o si el Consejo de Apelaciones determina que esperar el plazo estándar de 90 días para una decisión podría perjudicar su vida, salud, o capacidad de recuperar función máxima de manera grave. No puede solicitar (y no le otorgarán) una decisión rápida si ya recibió el medicamento.

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

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de medicamentos de Medicare?

Si solicita una decisión acelerada (rápida) del Consejo de Apelaciones, recibirá una decisión tan pronto como su afección requiera, pero, por lo general, dentro de 10 días a partir del día en que el Consejo de Apelaciones recibe su solicitud de audiencia, a menos que se prorrogue el plazo.

Para obtener más información sobre el proceso de revisión del Consejo de Apelaciones, visite hhs.gov/about/agencies/omha/the-appeals-process/level-4/index.html. Si necesita ayuda para presentar una solicitud de revisión del Consejo de Apelaciones, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si no está de acuerdo con la decisión del Consejo de Apelaciones en el nivel 4, tendrá 60 días a partir de la fecha en que recibe la decisión del Consejo de Apelaciones para solicitar una revisión judicial por un Tribunal Federal de Distrito, lo cual es el nivel 5.

Nivel 5: Revisión Judicial por un Tribunal Federal de Distrito.

Si no está de acuerdo con la decisión que emite el Consejo de apelaciones, puede pedir una Revisión Judicial en un Tribunal Federal de Distrito. Para que le conceda la revisión, el importe de su caso deberá alcanzar una cantidad mínima. Para 2023, la cantidad requerida es de \$1,850.

¿Cómo puedo pedir una revisión?

Siga las indicaciones en la carta de decisión del Consejo de Apelaciones que recibió en el nivel 4 para presentar una queja ante el Tribunal Federal de Distrito. Debería consultar con la oficina de la Secretaría del Tribunal Federal de Distrito para instrucciones de cómo presentar la **apelación**.

Para más información acerca del proceso de apelaciones:

- Visite [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals).
- Llame al 1-800-MEDICARE.
- Visite [Medicare.gov/medicare-prescription-drug-coverage-appeals](https://www.Medicare.gov/medicare-prescription-drug-coverage-appeals).
- Llame a su **Programa Estatal de Asistencia con Seguro Médico (SHIP)** para asesoramiento gratuito y personalizado relativo al seguro médico que incluya orientación relativa a las apelaciones. Para obtener el número de teléfono del SHIP de su estado, visite [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) o llame al 1-800-MEDICARE.

¿Cómo puedo presentar una queja o denuncia?

Si tiene inquietudes o problemas con su plan que no impliquen solicitudes para proporcionar o pagar medicamentos, tiene derecho a presentar una queja (también llamada “reclamo”).

Podrá presentar una queja a su plan de medicamentos recetados. Por ejemplo, si:

- Cree que se deberían cambiar las horas de atención al cliente de su plan
- Usted tiene que esperar mucho por su medicamento recetado
- La compañía que gestiona su plan le envía materiales que no pidió y no están relacionados con su plan de medicamentos
- El plan no tomó una decisión relativa a una determinación de cobertura de manera oportuna en el nivel 1 y no remitió su caso a la IRE
- No está de acuerdo de la decisión de su plan de no otorgarle su solicitud para una determinación de cobertura o **apelación** del primer nivel (una “redeterminación”) acelerada (rápida).
- El plan no proporcionó los avisos requeridos
- Los avisos del plan no cumplen con las normas de Medicare

Si su queja se trata de la calidad de atención que recibió o está recibiendo, puede presentar la queja a su plan o su **Organización para la Mejora de la Calidad Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)**. Para obtener el número de teléfono de su BFCC-QIO, visite qioprogram.org/locate-your-bfcc-qio, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si desea presentar una queja a su plan de medicamentos recetados:

- Deberá presentar la queja dentro de 60 días a partir de la fecha del evento del cual surge la queja.
- Puede presentar su queja al plan por teléfono o por escrito.

Las palabras en rojo se definen en las páginas 55 a 58.

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de medicamentos de Medicare?

- Por lo general, se le deberá notificar de la decisión del plan, a más tardar, 30 días después de que el plan recibe la queja. El plazo para completar la **queja** puede extenderse hasta 14 días. El plazo puede extenderse si solicita la extensión o si su plan justifica la necesidad de la extensión y la extensión es de su interés. Su plan le informará por escrito si decidió tomar una extensión y le explicará los motivos de la demora.
- Si la queja se trata de la negativa del plan ante una solicitud para una determinación de cobertura o redeterminación acelerada (rápida) y usted aún no ha comprado o recibido el medicamento, el plan deberá notificarle de su decisión dentro de 24 horas a partir de la recepción de la queja.

Si el plan no atiende su queja, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Más información acerca de la presentación de una queja

- Visite [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals).
- Llame al **Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)** para obtener asesoría personalizada gratuita y ayuda para presentar una queja. Para obtener el número de teléfono del SHIP de su estado, visite [shiphelp.org](https://www.shiphelp.org) o llame al 1-800-MEDICARE.

4

¿Cómo puedo apelar si tengo un plan de medicamentos de Medicare?



Conserve una copia de todo lo que envíe a Medicare o a su plan para la apelación.

Apelación—Una apelación es la acción que puede tomar si está en desacuerdo con una decisión de cobertura o de pago tomada por Medicare, su plan de salud de Medicare o su plan de medicamentos recetados de Medicare. Puede apelar si Medicare o su plan deniega alguno de los siguientes:

- Su solicitud de un servicio médico, suministro, artículo, o medicamento recetado que usted cree que debería poder recibir.
- Su solicitud de pago de un servicio médico, suministro, artículo, o medicamento recetado que ya recibió.
- Su solicitud de cambio la cantidad que debe pagar por un servicio médico, suministro, artículo o medicamento recetado.

También puede apelar si Medicare o su plan deja de brindar o pagar todo o parte de un servicio médico, suministro, artículo, o medicamento recetado que considera que aún necesita.

Centro ambulatorio de rehabilitación integral (CORF)—Un centro que proporciona varios servicios ambulatorios, incluso servicios de médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, y rehabilitación.

Centro de enfermería especializada (SNF)—Un centro de enfermería con personal y equipo que brinda atención de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializados y otros servicios de salud relacionados.

Copago—Cantidad que posiblemente deba pagar como su parte del costo de un servicio médico o suministro, como una consulta al médico, una visita hospitalaria en calidad de paciente ambulatorio, o un medicamento recetado. En general, el copago es un monto fijo, en lugar de un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Coseguro—Cantidad que usted tiene que pagar como su parte del costo de servicios, después de haber pagado cualquier deducible. El coseguro generalmente es un porcentaje (por ejemplo, un 20%).

Cuidado supervisado—Cuidado personal no especializado, por ejemplo, ayudar con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, levantarse o irse a dormir, sentarse o ponerse de pie, moverse y usar el sanitario. También podría incluir la clase de cuidado relacionado con la salud que la mayor parte de las personas hacen por sí solas, como usar gotas para los ojos. En la mayoría de los casos, Medicare Original no paga cuidado de acompañante.

Deducibles—Cantidad que usted debe pagar por los servicios médicos o los medicamentos recetados antes de que el Medicare Original, su plan de medicamentos recetados, u otro seguro comience a pagar.

Hospicio—Manera especial de cuidar a personas que padecen una enfermedad terminal. El cuidado de hospicio implica un enfoque orientado al trabajo en equipo que se ocupa de las necesidades médicas, físicas, sociales, emocionales y espirituales del paciente. El hospicio también brinda apoyo a la familia y al cuidador del paciente.

Medicare Original—Medicare original es un programa de salud de pago por servicio que tiene dos partes: La Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico). Después de pagar el deducible, Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte (coseguro y deducibles).

Medicare Parte A (seguro de hospital)—La Parte A cubre las estadías en el hospital como paciente internado, el cuidado en un centro de enfermería especializada, cuidado de hospicio, y algunas otras clases de atención médica en el hogar.

Medicare Parte B (seguro médico)—La Parte B cubre determinados servicios médicos; cuidados ambulatorios, suministros médicos, y servicios preventivos.

Necesario por razones médicas—Servicios o suministros médicos necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, o sus síntomas y que cumplen con las normas aceptadas de la medicina.

Organización para Mejorar la Calidad de Atención Centrada en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)—Tipo de QIO (una organización de médicos y otros expertos en atención médica bajo contrato con Medicare) que usan médicos y otros expertos en atención médica para revisar quejas y calidad de cuidado para personas con Medicare. La BFCC-QIO se asegura de que el proceso sea uniforme en el proceso de revisión de casos, mientras considera factores y necesidades locales, incluso la calidad general del cuidado y la necesidad médica.

Queja—Queja sobre la manera en que su plan de salud de Medicare o su plan de medicamentos de Medicare está brindando servicios. Por ejemplo, quizá desee presentar una queja formal si tiene un problema al llamar al plan o si no está conforme con la manera en que alguien del personal se comporta con usted. Sin embargo, si tiene una queja sobre la negación del plan a cubrir un servicio, suministro o receta, puede presentar una apelación.

Plan de Medicare Advantage (Parte C)—Los Planes Medicare Advantage son un tipo de plan de salud de Medicare ofrecidos por una compañía de seguros privada que tiene un contrato con Medicare para ofrecerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B. Los planes Medicare Advantage incluyen a las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud, las Organizaciones de Proveedores Preferidos, los planes privados de Pago por Servicio, los planes de Necesidades Especiales y planes de Medicare de Cuenta de Ahorros Médicos. Si está en un Plan Medicare Advantage, la mayor parte de los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no se pagan en virtud de Medicare Original. La mayoría de los Planes Medicare Advantage ofrece cobertura de medicamentos recetados.

Plan de medicamentos de Medicare (la Parte D)—La

Parte D agrega la cobertura de medicamentos recetados a Medicare original, como planes de costo de Medicare, algunos planes de pago por servicio de Medicare, y planes de cuentas de ahorros médicos de Medicare. Compañías de seguro y otras empresas privadas aprobadas por Medicare se encargan de ofrecer estos planes. Los Planes Medicare Advantage también podrían ofrecer cobertura de medicamentos recetados que siguiera las mismas normas que los planes de medicamentos de Medicare.

Plan de salud de Medicare—En general, plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para ofrecerle los beneficios de las Partes A y B a las personas con Medicare inscritas en el plan. Los planes de salud de Medicare incluyen todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare y los programas de Demostración/Piloto. Las organizaciones de los Programas de Cuidado Integral para Ancianos (PACE) no son un tipo especial de plan Medicare Advantage. Los planes de PACE pueden ofrecerse a través de compañías públicas o privadas, y brindan beneficios de la Parte D y de otro tipo además de los beneficios de la Parte A y Parte B.

Programa Estatal de Asistencia con Seguro Médico (SHIP)—Programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito local con respecto a seguros médicos a personas con Medicare.

Proveedor de la salud—Persona u organización habilitada para brindar atención médica. Los médicos, el personal de enfermería y los hospitales son ejemplos de proveedores de la salud.

Reclamación—Una solicitud de pago que envía a Medicare u otro seguro médico cuando obtiene artículos y servicios que cree que están cubiertos.

Resumen de Medicare (MSN)—Aviso que recibe una vez que el médico u otro proveedor de atención médica presenta una reclamación para servicios de la Parte A o Parte B en Medicare Original. Explica qué es lo que el médico u otro proveedor de atención médica facturaron, el importe aprobado por Medicare, cuánto paga Medicare y qué es lo que debe pagar usted.

Suministrador—En términos generales, una compañía, persona, o agencia que le brinda un artículo o servicio médico, excepto cuando está internado en un hospital o centro de enfermería especializada.

Aviso de no discriminación

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no excluyen, deniegan beneficios, ni discriminan de ninguna otra manera a ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo, o edad con respecto a la admisión, participación, o entrega de servicios o beneficios bajo cualquiera de sus programas y actividades, ya sean realizados directamente por CMS o a través de un contratista o cualquier otra entidad que lleve a cabo los programas y actividades de CMS a través de un acuerdo.

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

También puede presentar una queja si cree que ha sido objeto de discriminación en un programa o una actividad de CMS, por ejemplo, si experimentó problemas para obtener información en un formato accesible de parte de cualquier plan Medicare Advantage, el plan de medicamentos de Medicare, su oficina estatal o local de Medicaid o algún plan de salud calificado por el Mercado. Existen tres formas de presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

1. **Por internet** en [hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html](https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html).
2. **Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.
3. **Por escrito:** Envíe información sobre su querrela a:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

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

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

Asunto oficial
Penalidad por uso privado, \$300

CMS Producto No. 11525-S
Revisado: Febrero 2023



¿Necesita usted una copia en inglés? Para obtener su copia GRATIS, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).