



Denegaciones de su plan Medicare Advantage después de recibir el servicio

Fecha: _____

Estimado/a cliente:

El Centro de Derechos de Medicare es una organización nacional sin fines de lucro. Ayudamos a las personas mayores y a las personas discapacitadas a través de iniciativas educativas, defensoría y consejería gratis. No somos una agencia gubernamental, ni estamos conectados con planes o compañías de seguro médico.

Recientemente usted llamó a nuestra línea de servicios para pedir ayuda con una denegación de servicio de su plan Medicare Advantage por un servicio que recibió. Tiene el derecho de apelar esta denegación, lo cual constituye una petición formal para que su plan evalúe la decisión inicial. En la mayoría de los casos, podrá apelar en cualquier momento si no está de acuerdo con la decisión de su plan de denegar, reducir, o terminar cuidado médicamente necesario.

Este paquete contiene información adicional acerca del proceso de apelación para planes Medicare Advantage incluyendo:

- Un resumen del proceso de apelación
- Una lista de recomendaciones
- Un ejemplo de una carta de apelación
- Un ejemplo de una carta de su médico

Si tiene preguntas, llámenos de nuevo al 800-333-4114.

Atentamente,

Consejería de la línea de servicios

Cómo apelar una denegación

Si tiene un plan Medicare Advantage y su servicio o artículo médico fue denegado, tiene el derecho de apelar. Una apelación es una solicitud formal que puede enviar si no está de acuerdo con una decisión sobre cobertura o pago. Para presentar una apelación con su plan Medicare Advantage por una denegación de la Parte A o la Parte B, siga los siguientes pasos.

1. Lea el documento titulado “Explicación de Beneficios” (EOB, por sus siglas en inglés).

El documento titulado “Explicación de Beneficios” (EOB, por sus siglas en inglés) es la carta que su plan Medicare Advantage generalmente le envía después de recibir servicios o artículos médicos. La EOB no es una factura.

Normalmente, se envían los EOB una vez al mes y contienen un resumen de servicios y artículos que ha recibido y cuánto puede deber por cada uno. El documento incluye información sobre la cantidad facturada por su proveedor, la cantidad aprobada por su plan, y la cantidad que usted tendrá que pagar al proveedor.

También, el EOB indica **cargos no cubiertos**. En este caso, es posible que reciba el documento titulado “Notificación de la Denegación de Pago.” Busque la sección de notas y comentarios para entender las razones de la denegación, y comuníquese con su plan si necesita más información. Si no está de acuerdo con el cargo no cubierto, debe presentar una apelación. El documento debe explicar cómo apelar.

2. Pida una re-determinación (presente una apelación).

Siga las instrucciones de apelación en el documento que ha recibido de su plan. Envíe su apelación a la dirección escrita en el EOB o en la notificación sobre la denegación del pago. Asegúrese de presentar su apelación dentro de 60 días a partir de la fecha indicada en la notificación.

Es probable que necesite enviar una carta al plan que explica por qué necesitaba el servicio que recibió. Si es posible, comuníquese con su proveedor y pida su ayuda con el proceso de apelación. Pida una carta de apoyo que explica por qué necesitaba el servicio o artículo médico que fue denegado y la razón por la cual era médicamente necesario. Envíe esta carta con su apelación.

3. Obtenga la decisión de su plan.

Su plan debe tomar una decisión en un plazo de 60 días. Si su apelación tiene éxito, su servicio o artículo médico será cubierto. Si su plan deniega su apelación, tendrá el derecho de seguir apelando.

4. Obtenga una revisión independiente.

Si su apelación es denegada, tendrá 60 días a partir de la fecha de la notificación de denegación para escalar su caso al siguiente nivel en el proceso de apelación, conocido como “Entidad de Revisión Independiente” (IRE, por sus siglas en inglés). Su plan debe enviar su apelación al IRE automáticamente. El IRE debe tomar una decisión en un plazo de 60 días desde la fecha indicada en la notificación.

Puede llamar al IRE para comprobar el estado de su apelación o para enviar más información. Otro nombre del IRE es “MAXIMUS Federal Services,” y su número de teléfono es 585-348-3300.

OJO: Si su plan no decide su apelación en un plazo de 60 días desde la fecha en la notificación de denegación, se considerará su apelación como denegada, y su plan debe enviar su apelación al IRE automáticamente.

5. Continúe apelando a los siguientes niveles.

Si su apelación es denegada y su servicio o artículo médico tiene cierto valor monetario, podrá apelar al nivel de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés). Tendrá que presentar su apelación al nivel del OMHA dentro de 60 días a partir de la fecha indicada en su notificación de denegación del IRE.

Si decide apelar al nivel del OMHA, tendrá la opción de comunicarse con un abogado o una organización de servicios legales para recibir ayuda con este paso o con los siguientes pasos de su apelación. Sin embargo, no es requisito.

Si su apelación es denegada, tendrá el derecho de escalar su apelación al Consejo de Apelaciones de Medicare, y después, a una corte federal. Tome en cuenta que cada nivel tiene requisitos distintos sobre cuánto debe costar el servicio o artículo médico para poder continuar su apelación, así como plazos diferentes a los que tendrá que apegarse para presentar su apelación en estos niveles más altos.



Getting Medicare right

Estrategias para apelar

Incluido en este folleto hay algunas estrategias para ayudarle en el proceso de apelación.

- Antes de iniciar su apelación, asegúrese de leer todas las notificaciones de su plan.
 - Comuníquese con el plan para averiguar por qué denegó el servicio o artículo médico si no está claro. El número de teléfono está ubicado en la parte posterior de su tarjeta de beneficios. Su carta de apelación debe indicar la(s) razón(es) de denegación expuesta(s) por el plan.
 - Si su EOB indica que el plan no pagó un servicio, y usted piensa debía haberlo pagado, comuníquese con su proveedor antes de apelar para asegurarse de que no había un error con la facturación.
 - Guarde todas las notificaciones recibidas del plan y escriba los nombres de los representantes con quienes habla, las fechas y las horas de las conversaciones, y la información que le dieron.
- Muchos planes permiten apelaciones por escrito o por teléfono. Recomendamos escribir una carta de apelación y enviarla al plan por correo o por fax.
- Incluir una carta de apoyo de su proveedor le ayudará a reforzar su apelación.
- Asegúrese de presentar cada apelación dentro del plazo indicado.
 - Comuníquese con el plan para asegurarse de que recibió la apelación.
 - Si no puede enviar su apelación dentro del plazo, averigüe si es elegible para **una extensión por buena causa**. Si no, es posible que su apelación no sea considerada.
- Guarde las copias de todos los documentos enviados y recibidos durante el proceso de apelación.
 - Si es posible, envíe su apelación por correo certificado o pida confirmación de entrega.
 - No envíe los originales de documentos importantes.
- Si su proveedor le envía una factura por el servicio o artículo denegado, comuníquese con la oficina de su proveedor para informarles que está en el proceso de apelar la decisión del plan.

OJO: Si su plan le brinda mal servicio al cliente, le da problemas administrativos (por ejemplo, el plan tarda en procesar su apelación o no entrega un reembolso prometido), o le presenta otros problemas, puede presentar una queja formal contra el plan. Para presentar una queja, comuníquese con su plan y envíe una carta al departamento de apelaciones y quejas.

Si tiene preguntas adicionales sobre el proceso de apelación, hay recursos para ayudarle a entender sus derechos. Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para recibir información y asistencia gratis. Busque el número de su SHIP local con esta página de internet: <https://www.shiptacenter.org/>.

Ejemplo de una carta de apelación por denegaciones de cuidado médico de emergencia

[Fecha]
[Su nombre]
[Su dirección]

Departamento de Apelaciones y Quejas
[Nombre del plan Medicare Advantage]
[Dirección del plan]

Re: [Su nombre]
Plan de Medicare:
Número de Medicare:
Nombre de proveedor:
Número de reclamación: [Número de reclamación por los servicio/s denegado/s]
Fecha/s de servicio:
Cobro total: [La cantidad que fue denegada]

Estimado Señor/Señora:

Le escribo para apelar la denegación por parte de **[nombre de su plan Medicare Advantage]** para cubrir los servicios que urgentemente necesitaba y que recibí en la(s) fecha(s) listada(s) anteriormente.

En la(s) fecha(s) en cuestión, **[Explique por qué las circunstancias requerían que recibiera cuidado médico de emergencia. Incluya información personal sobre su caso, su enfermedad e historial de tratamiento. Dé una explicación del cuidado que recibió, los médicos que le dieron atención, y lo que usted cree que se debe hacer. Si es posible, pida una carta de apoyo de su(s) médico(s) confirmando que los servicios de emergencia que recibió eran médicamente necesarios. Asegúrese que la carta del médico cite el lenguaje y regulaciones que incluimos en esta sección.]**

Su decisión de denegar este cobro no es razonable según 42 C.F.R. § 422.113(b)(1), que define una “condición de emergencia médica” como:

Una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos que son suficientemente severos (incluyendo dolor) tanto que una persona común y prudente, con un conocimiento de la salud y medicina básico, puede racionalmente suponer que la falta de atención médica inmediata pudiera resultar en (A) un riesgo severo a la salud de la persona; (B) trastorno grave de las funciones corporales; o (C) la disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Según 42 C.F.R. § 422.113(b)(2), un plan MA tiene que cubrir servicios de emergencia médica sin importar si los servicios fueron recibidos dentro o fuera de la red del plan o si el beneficiario recibió autorización antes de recibir los servicios. Además, el plan tiene que usar la definición de “condición de emergencia médica” de una persona normal prudente. Es decir, la condición de emergencia médica se determinará en el momento que los servicios son brindados sin importar el diagnóstico final. También, un plan tiene que cubrir estos servicios sin importar si fueron recibidos dentro o fuera de la red del plan, cuando un médico o representante del plan le indica al beneficiario que busque estos servicios.

Finalmente, los planes Medicare Advantage tienen que cubrir cuidado médico para estabilizar (conocido en inglés como “post-stabilization”) tal como requiere 42 C.F.R. § 422.113(c).

En el momento de recibir cuidado médico, yo consideré que mi condición requería cuidado de emergencia médica. Por lo tanto, **[nombre del plan Medicare Advantage]** tiene que cubrir **[servicio denegado]**. Por favor, reconsidere su decisión. Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, por favor, comuníquese conmigo al **[incluya su número de teléfono]**. Gracias por su atención a este asunto.

Atentamente,
[Su nombre]

Documentos adjuntos: **[Incluya una lista de documentos]**

Ejemplo de una carta de apoyo escrita por un médico en respuesta a denegaciones de cuidado de emergencia médica

[Imprima en el papel membretado de su oficina, adjunte copias de registros médicos relevantes, y devuelva la carta al cliente]

[Fecha]

Departamento de Apelaciones y Quejas
[Nombre del plan Medicare Advantage]
[Dirección del plan]

Re: [Nombre del paciente y fecha de nacimiento]

Fecha/s del servicio:

Cobro total: [la cantidad que fue denegada]

Estimado Señor/Señora,

Le escribo en nombre de mi paciente, [nombre del paciente].

El cuidado que recibió [nombre del paciente] el [fecha/s] fue necesario para tratar una condición de emergencia médica. Es decir, [nombre del paciente] padeció síntomas agudos y suficientemente severos tanto que una persona común prudente con un conocimiento de la salud y medicina básico puede racionalmente suponer que la falta de atención médica inmediata pudiera resultar en un riesgo severo a la salud; trastorno grave de las funciones corporales; o la disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo.

[Explique el por qué no fue razonable el que su paciente esperara a recibir cuidado de un médico dentro de la red del plan o que requiriera autorización antes de recibir los servicios.]

Por estas razones, por favor reconsidere su decisión de denegar cobertura de los servicios que recibió [nombre del paciente].

Por favor, comuníquese conmigo si requiere información adicional. Puede llamar al [número de teléfono].

Atentamente,
[Su nombre]
[Su título]

Documentos adjuntos: **[Incluya una lista de documentos]**