



# Apelación para Medicare Original para cuidados que van a terminar

Fecha: \_\_\_\_\_

## Visitante a la línea de ayuda:

El Medicare Rights Center es una organización nacional sin fines de lucro. Ayudamos a las personas mayores y las personas discapacitadas a través de la educación, el apoyo y el asesoramiento. No somos una agencia del gobierno, ni estamos conectados con ningún plan o compañía de seguros.

Recientemente Ud. llamó a nuestra línea de ayuda para recibir asistencia con una denegación de servicio de Medicare Original. Ud. tiene el derecho a apelar, lo cual es una solicitud formal para que Medicare revise su decisión inicial. En la mayoría de los casos, Ud. puede apelar siempre que Ud. crea que la decisión de Medicare de denegar, reducir o terminar cuidados médicos necesarios fue incorrecta.

Este paquete contiene información adicional sobre lo que hablamos durante nuestra llamada telefónica con respecto a su apelación de Medicare Original, incluyendo:

- Un resumen del proceso de apelación
- Una tabla de apelaciones

Si Ud. tiene más preguntas o preocupaciones, por favor llámenos otra vez al 800-333-4114.

Sinceramente,

Consejero de la línea de ayuda.

Si Ud. está recibiendo cuidados de un hospital, un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), un hospicio o una agencia de cuidados de la salud en el hogar y le dicen que Medicare Original ya no pagará por sus cuidados (significando que Ud. será dado de alta), Ud. tiene el derecho a una apelación acelerada si no cree que sus cuidados deben terminar. Hay procesos diferentes para apelaciones hospitalarias y apelaciones no hospitalarias. Ud. puede presentar una apelación para prolongar sus cuidados por el tiempo que Ud. crea que los cuidados continuados son medicamente necesarios.

## Apelación de paciente interno de hospital

Si Ud. es un paciente interno en un hospital, debe recibir un aviso titulado Mensaje Importante de Medicare en un plazo de dos días de que sea admitido. Este aviso explica sus derechos de paciente y tendrá que firmarlo. Si su ingreso en el hospital dura más de tres días, deberá recibir otra copia del mismo aviso antes de salir del hospital. Este aviso debe llegar en un plazo de dos días, y en no menos de cuatro horas, antes de que Ud. sea dado de alta.

Si el hospital dice que Ud. tiene que irse y Ud. no está de acuerdo, siga las instrucciones en el Mensaje Importante de Medicare para presentar una apelación acelerada a la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés). Ud. tiene que apelar antes de la medianoche del día de su alta. El QIO le llamará con su decisión en un plazo de 24 horas tras recibir toda la información que necesita.

1. Si Ud. está apelando al QIO, el hospital tiene que mandarle un Aviso de Alta Detallado. Este aviso explica por qué se terminan sus cuidados de hospital y detalla las reglas de cobertura relacionadas con su caso.
2. El QIO pedirá al hospital copias de sus registros médicos. Puede serle útil pedir al hospital una copia para Ud. (puede haber un costo por la copia). El QIO normalmente le llamará a Ud. para obtener su opinión del alta, pero Ud. también puede mandar una declaración escrita.
3. Si su apelación al QIO no tiene éxito, no será responsable del costo de las 24 horas en hospital mientras estaba esperando la decisión del QIO. Si Ud. permanece en el hospital después de las 24 horas, será responsable del costo de sus cuidados si no tiene éxito en un nivel más alto de apelación.

## Apelaciones de SNF, HHA, CORF y hospicio

Si sus cuidados están terminando en un SNF, CORF, hospicio o agencia de cuidados de la salud en el hogar porque su proveedor cree que Medicare ya no pagará por ellos, Ud. debe recibir una Aviso de No-Cobertura de Medicare. Ud. debe recibir este aviso al menos dos días antes de que terminen sus cuidados. Si Ud. recibe atención domiciliaria, debe recibir la noticia en su penúltima visita. Si Ud. ha llegado al límite de sus cuidados o si no califica para cuidados, no recibirá esta noticia y no podrá apelar.

Si Ud. piensa que sus cuidados deben continuar, siga las instrucciones en el Aviso de No-Cobertura de Medicare para presentar una apelación acelerada a la Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) antes del mediodía del día anterior del final de sus cuidados termine. El QIO debe tomar una decisión antes de que pasen los dos días después del día que sus cuidados iban a terminar. Su proveedor no puede cobrarle antes de que el QIO tome una decisión.

1. Una vez que Ud. presente la apelación, su proveedor debe darle una Explicación Detallada de

- No-Cobertura. Este aviso detalla por escrito por qué terminan sus cuidados y detalla las reglas de cobertura relacionadas con su caso.
2. El QIO normalmente le llamará a Ud. para obtener su opinión. Ud. también puede mandar una declaración escrita. Si Ud. recibe atención domiciliaria o cuidados de CORF, debe pedir una declaración escrita de un doctor que confirme que sus cuidados deben continuar.
  3. Si deja pasar la fecha límite de una revisión acelerada del QIO, tiene 60 días para presentar una apelación estándar con el QIO. Si todavía está recibiendo cuidados, el QIO debe tomar una decisión lo antes posible después de recibir su solicitud. Si ya no está recibiendo cuidados, el QIO tiene que tomar una decisión en un plazo de 30 días.

## Apelaciones subsecuentes

Niveles subsecuentes de apelación son los mismos para cuidados hospitalarios y cuidado no-hospitalarios que están terminando.

Si su apelación al QIO tiene éxito, Ud. continuará recibiendo sus cuidados cubiertos por Medicare, mientras que su doctor continúe certificándolo. Si el QIO deniega su apelación, Ud. puede decidir avanzar al siguiente nivel y apelar al Contratista Independiente Competente (QIC, por sus siglas en inglés) antes del mediodía del día siguiente a la decisión del QIO. El QIC debe tomar una decisión en un plazo de 72 horas. Su proveedor no puede cobrarle los servicios continuados hasta que el QIC tome una decisión. No obstante, si Ud. pierde su apelación, Ud. será responsable de todos los costos, incluyendo costos incurridos durante las 72 horas mientras el QIC deliberaba.

1. Si deja pasar la fecha límite de una revisión del QIC, tiene 180 días para presentar una apelación estándar con el QIC. El QIC debe tomar una decisión entre un plazo de 60 días.

Si su apelación al QIC tiene éxito, Ud. continuará recibiendo sus cuidados cubiertos por Medicare, mientras que su doctor continúe certificándolo. Si su apelación es denegada y sus cuidados valen una cierta cantidad, Ud. puede apelar al nivel de la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés) en un plazo de 60 días desde la fecha en la carta de denegación del QIC. Si Ud. decide apelar al nivel del OMHA, es posible que quiera ponerse en contacto con un abogado o una organización de servicios legales para que le ayuden con este paso o pasos posteriores en su apelación—sin embargo, esto no es un requisito. OMHA debe tomar una decisión en un plazo de 90 días.

Si su apelación al nivel del OMHA tiene éxito, Ud. continuará recibiendo sus cuidados cubiertos por Medicare, mientras que su doctor continúe certificándolo. Si su apelación es denegada, Ud. puede apelar al nivel del Consejo de Apelaciones de Medicare en un plazo de 60 días desde la fecha en la carta de denegación del OMHA. No hay un plazo de tiempo para que el Consejo de Apelaciones de Medicare tome una decisión.

Si su apelación al nivel del Consejo de Apelaciones de Medicare tiene éxito, Ud. continuará recibiendo sus cuidados cubiertos por Medicare, mientras que su doctor continúe certificándolo. Si su apelación es denegada, Ud. puede apelar al nivel del Tribunal de Distrito Federal en un plazo de 60 días desde la fecha en la carta de denegación del Consejo de Apelaciones de Medicare. No hay un plazo de tiempo para que el Tribunal de Distrito Federal tome una decisión.

## Apelaciones de Medicare Original: Cuidado que va a terminar

