

Apelaciones de Medicare Original Medicare y Medicare Advantage

Apelaciones de Medicare Original

Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés): Es un resumen del cuidado que ha recibido que le llega cada tres meses. Si se le deniega un servicio, aparecerá en su MSN, junto con el motivo de la denegación e instrucciones sobre cómo presentar una apelación.



Contratista Administrativo de Medicare (MAC, en inglés): Presente una apelación ante su MAC dentro de los 120 días de la fecha que figura en su MSN.



El MAC debe tomar una decisión dentro de 60 días.



Si su apelación tiene éxito, su cuidado será cubierto. Si se deniega, siga las instrucciones en el aviso de denegación para continuar con el proceso de apelación.



Apelaciones de Medicare Advantage

Explicación de los beneficios (EOB): Es un resumen mensual del cuidado que ha recibido. Si se deniega la cobertura de un servicio que ya ha recibido, esto aparecerá en su EOB.

Notificación de la Denegación de Cuidados: Si ya ha recibido la atención que se le está denegando, recibirá este aviso.

Ambos avisos incluirán el motivo de la denegación y las instrucciones para apelar.



El Departamento de Apelaciones y Quejas del plan: Envíe su apelación dentro de los 60 días de la fecha en su aviso.



El plan debe tomar una decisión dentro de 60 días si usted ya recibió el cuidado denegado, o dentro de 30 días si aún no lo ha recibido. Si su apelación es urgente, el plan debe responder dentro de 72 horas.



Si su apelación tiene éxito, su cuidado será cubierto. Si se deniega, siga las instrucciones en la notificación de denegación para continuar con el proceso de apelación.

