

Apelaciones de Medicare Original y Medicare Advantage

Si se le denegó la cobertura de un servicio o artículo de salud, puede apelar la decisión. Existen varios niveles de apelación, y usted tiene derecho a seguir apelando si no obtiene un resultado favorable en el primer nivel. Tenga en cuenta que cada nivel tiene un plazo específico para presentar la apelación y para recibir una decisión.

¿Como puedo presentar una buena apelación?

- **Lea todos los avisos** que haya recibido de Medicare o de su plan antes de iniciar una apelación.
 - Si tiene Medicare Original, lea atentamente su Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) para ver cuales servicios fueron cubiertos y cuáles no.
 - Si tiene un plan Medicare Advantage, lea atentamente su Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) para ver cuales servicios fueron cubiertos y cuáles no.
- **Comuníquese con su proveedor de atención médica** antes de presentar una apelación para asegurarse de que no se haya cometido un error con la facturación.
- **Llame al 1-800-MEDICARE o a su plan** para averiguar por qué no se cubre el servicio.
 - Su carta de apelación debe indicar el motivo por el cual Medicare o su plan denegaron la cobertura.
- **Conserve copias de todos los documentos** que envíe y reciba durante el proceso de apelación.
 - No envíe los originales de documentos importantes.
 - Si es posible, envíe su apelación por correo certificado o con confirmación de entrega.
- **Incluya una carta de apoyo de su proveedor de atención médica**
 - Esta carta debe explicar la necesidad médica de su cuidado y apoyar su apelación.

Apelaciones de Medicare Original y Medicare Advantage

¿Cómo inicio una apelación si tengo Medicare Original?

Para iniciar la apelación, siga las instrucciones que aparecen en su **Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés)**. Esto incluye encerrar en un círculo el servicio denegado que aparece en el documento y completar la sección sombreada al final del MSN. Luego, envíe su apelación al Contratista Administrativo de Medicare (MAC, por sus siglas en inglés) dentro de los 120 días posteriores a la fecha que aparece en su MSN. El nombre y la dirección del MAC se indican en la sección sombreada de la MSN. Con esto se iniciará el proceso de apelación. Si su proveedor le envía una factura por este servicio, infórmele a la oficina de facturación del proveedor que usted está en proceso de apelar la decisión de cobertura de Medicare.



El MAC debe tomar una decisión dentro de 60 días. Si su apelación tiene éxito, el servicio o artículo será cubierto. Si se deniega su apelación, puede pasar al siguiente nivel siguiendo las instrucciones en la notificación de denegación del MAC.

¿Cómo inicio una apelación si tengo un plan Medicare Advantage?

Si se le denegó la cobertura de un servicio o artículo de salud antes de recibirlo, primero debe obtener una decisión oficial por escrito de su plan, llamada "Notificación de la Denegación de Cobertura Médica". Siga las instrucciones en la Notificación de la Denegación de Cobertura Médica y presente su apelación dentro de 60 días de la fecha indicada en el aviso. Tendrá que enviar una carta a su plan que explique por qué necesita el servicio o artículo.



Su plan debe tomar una decision dentro de 30 dias. Si la apelación es exitosa, el servicio o artículo estará cubierto. Si se rechaza la apelación, usted debe recibir una notificación de rechazo por escrito. Su plan tambien debe remitir automáticamente su apelación al siguiente nivel, la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés).

Apelaciones de Medicare Original y Medicare Advantage

¿Cómo inicio una apelación si tengo un plan Medicare Advantage?

Si se le denegó cobertura a un servicio o artículo de salud que ya ha recibido, inicie su apelación siguiendo las instrucciones en la notificación enviada por su plan. Asegúrese de someter su apelación dentro de los 60 días de la fecha en el aviso. Lo más probable es que deba enviar una carta al plan explicando porque necesitaba el servicio recibido



Su plan debe tomar una decisión dentro de 60 días. Si su apelación es exitosa, su servicio o artículo será cubierto. Si se rechaza la apelación, debe recibir una notificación de denegación por escrito. Su plan debe remitir automáticamente su apelación al siguiente nivel, la Entidad de Revisión Independiente (IRE).

¿Puedo presentar una apelación si no cumplí el plazo de entrega?

Es posible que se acepte una apelación fuera de plazo si usted puede demostrar que existió una **causa buena** para no hacerlo a tiempo. Las solicitudes de prórroga se evalúan caso por caso, por lo que no existe una lista completa de motivos aceptables para presentar un recurso tardío. Algunos ejemplos de motivos válidos son situaciones en las que usted o un familiar cercano se enfermó, impidiéndole atender asuntos de negocios, o casos en los que la notificación que está apelando fue enviada a una dirección incorrecta. Si considera que tiene una razón válida para no presentar la apelación a tiempo, envíela como lo haría normalmente e incluya una explicación clara del motivo del retraso. Si la razón está relacionada con una enfermedad u otras condiciones médicas, puede resultar útil adjuntar una carta o documentación de apoyo de su proveedor de atención médica.