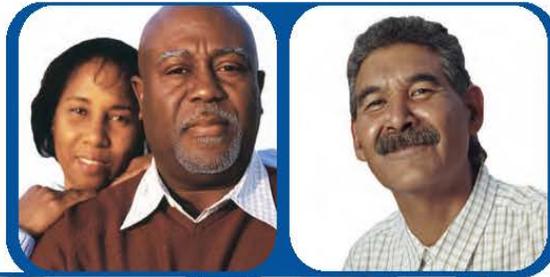


2013 National Training Program

Workbook

Módulo: 2

Derechos y Protecciones de Medicare



MÓDULO 2: DERECHOS Y PROTECCIONES DE MEDICARE**Índice**

Introducción.....	1
Lección 1: Los derechos de los beneficiarios de Medicare.....	4
Derechos garantizados.....	5
Sus derechos de Medicare.....	6
Derechos de acceso y tratamiento.....	9
Sus derechos de cobertura y apelación.....	11
Derechos de queja.....	12
Compruebe sus conocimientos.....	13
Lección 2: Sus derechos en el Medicare Original.....	14
Derechos de Medigap en el Medicare Original.....	16
Derechos de apelación en el Medicare Original.....	17
Cómo apelar en el Medicare Original.....	18
Proceso de apelación en el Medicare Original.....	19
Apelación acelerada.....	20
Protección contra las facturas inesperadas.....	21
Tipos de ABN.....	22
Compruebe sus conocimientos.....	23
Lección 3: Sus derechos en los planes Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare.....	24
Derechos de cobertura y apelación en Medicare Advantage u otros planes médicos.....	26
Proceso de apelaciones de la Parte C de Medicare.....	27
Derechos al presentar apelaciones al plan.....	28
Lección 4: Sus derechos en los planes Medicare de medicamentos recetados.....	29
Acceso a los medicamentos cubiertos.....	30
Cobertura obligatoria.....	31
Suministro durante la transición.....	32

índice

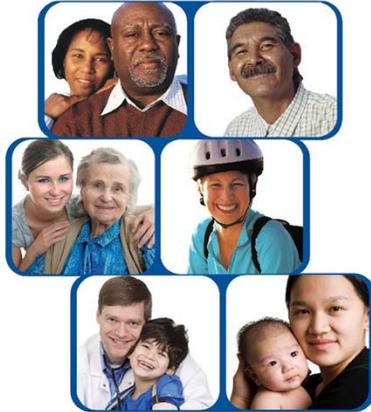
Solicitud de determinación de cobertura	33
Solicitud de una “excepción”	34
Excepciones para el formulario	35
Excepciones aprobadas.....	37
Solicitud de apelaciones.....	38
Niveles de apelación para la Parte D	39
Notificaciones obligatorias	40
Divulgación de la Información Médica Personal (PHI por su sigla en inglés).....	41
Cuándo pueden los planes divulgar información médica personal.....	42
Compruebe sus conocimientos.....	43
Lección 5: Sus derechos en otras dependencias	45
Derecho a ser atendido en un hospital.....	46
“Mensaje importante de Medicare”	47
Proceso de apelaciones aceleradas del plan	48
Lección 6: Prácticas de confidencialidad de Medicare	49
“Aviso sobre las prácticas de privacidad”	50
Divulgación obligatoria	51
Divulgación autorizada	52
Otras divulgaciones autorizadas.....	53
Otros derechos y protecciones de privacidad	54
Derechos de privacidad	55
Si se violan sus derechos de confidencialidad	56
Lección 7: Fuentes de información sobre los derechos y las protecciones de Medicare	57
Instrucciones anticipadas.....	58
Intermediario de Medicare	59

Índice	
Guía de recursos sobre los derechos y protecciones de Medicare	<u>61</u>
Anexo A: Niveles de apelación de las Partes A y B	<u>62</u>
Anexo B: Niveles de apelación de la Parte C	<u>63</u>
Anexo C: Niveles de apelación de la Parte D	<u>64</u>
Anexo D: Notificación previa al beneficiario de no cobertura (ABN)	<u>65</u>
Información de contacto del Programa Nacional de Entrenamiento de CMS	<u>66</u>
Acrónimos	<u>67</u>

Este módulo puede presentarse en 1 hora. Agregue 30 minutos más aproximadamente para discusión, preguntas y respuestas y las actividades de aprendizaje.



Programa Nacional de Entrenamiento



Módulo 2 Derechos y Protecciones de Medicare

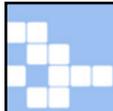
El Módulo 2 “*Derechos y Protecciones de Medicare*” le explica sus derechos y protecciones si tiene el Medicare Original, un Plan de Medicare Advantage (como un HMO o PPO), otro plan médico de Medicare (como un Plan de Costo de Medicare, un Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos), o un Plan Medicare de Medicamentos Recetados. Este módulo de capacitación fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para los Niños y el Mercado de Seguros Médicos. La información de este módulo estaba correcta en mayo de 2013.

Para buscar actualizaciones referentes a la nueva legislación de atención médica, visite <http://www.healthcare.gov>

Para ver la Ley de Atención Médica Asequible, visite www.healthcare.gov/law/full/index.html

Para buscar una versión actualizada de este módulo de capacitación, visite <http://cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html>

Este conjunto de materiales del Programa Nacional de Capacitación CMS no es un documento legal. Las estipulaciones oficiales del programa de Medicaid están contenidas en las leyes, normas, y reglas relevantes.



Objetivos de la sesión

- En esta sesión le ayudaremos a
 - Explicar los derechos y protecciones de Medicare
 - Entender las prácticas de privacidad de Medicare
 - Encontrar más información y recursos

En esta sesión le ayudaremos a

- Explicar los derechos y protecciones de Medicare
- Entender las prácticas de privacidad de Medicare
- Encontrar más información y recursos



Lecciones

1. Los derechos para todos los beneficiarios que tienen Medicare
2. Derechos si tiene el Medicare Original
3. Derechos si tiene Medicare Advantage y otros planes de Medicare
4. Derechos en los planes Medicare de medicamentos recetados
5. Derechos en ciertas dependencias de salud
6. Prácticas de confidencialidad de Medicare
7. Recursos

05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

3

En este Módulo se incluyen lecciones sobre

1. Los derechos para todos los beneficiarios que tienen Medicare
2. Derechos en el Medicare Original
3. Derechos en Medicare Advantage y otros planes de Medicare
4. Derechos en los planes Medicare de medicamentos recetados
5. Derechos en ciertas dependencias de salud
6. Prácticas de confidencialidad de Medicare
7. Fuentes de información sobre los derechos y protecciones de Medicare

 **Lección 1 – Los derechos de los beneficiarios de Medicare**

- Derechos garantizados
- Sus derechos y protecciones si tiene Medicare

05/01/2013 Sus Derechos y Protecciones de Medicare 4

La lección 1 le explica los derechos y protecciones garantizadas a todas las personas con Medicare.

Derechos garantizados

- Lo protegen cuando recibe cuidado médico
- Garantizan que reciba los servicios que son médicamente necesarios
- Lo protegen de prácticas poco éticas
- Protegen su privacidad

Sin importar cómo recibe sus beneficios de Medicare, usted tiene ciertos derechos y protecciones diseñados para

- Protegerlo cuando recibe cuidado médico
- Garantizar que reciba los servicios de cuidado médico que la ley diga que puede recibir
- Protegerlo de prácticas deshonestas
- Proteger su privacidad

Sus derechos de Medicare

- Que se le trate con dignidad y respeto
- Que no se lo discrimine por
 - Raza, color, origen nacional
 - Incapacidad
 - Edad
 - Religión
 - Sexo
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles –1-800-368 1019
 - Los usuarios de TTY deben llamar al 1 800 537 7697

05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

6

Todas las personas que tienen Medicare tienen derecho a

- Que se les trate con dignidad y respeto en todo momento
- Que se les proteja de la discriminación
 - La discriminación es ilegal. Todas las compañías y agencias que trabajan con Medicare deben obedecer la ley, y no pueden tratarlo de manera distinta debido a su
 - Raza
 - Color
 - Origen nacional
 - Incapacidad
 - Edad
 - Religión
 - Sexo

Por lo general, las protecciones se limitan a las quejas de discriminación presentadas contra los proveedores de servicios médicos y sociales que reciben ayuda económica federal.

Si cree que no se le ha tratado equitativamente debido a alguna de estas razones, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019, o visite hhs.gov/ocr. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Derechos de Medicare

- Que la información personal y médica sea confidencial
- Recibir información de manera que pueda entenderla
 - Medicare
 - Proveedores de cuidado médico
 - Contratistas (en ciertas circunstancias)

Todas las personas que tienen Medicare tienen derecho a

- Que su información personal y médica sea confidencial
 - Obtener más información acerca de este derecho
 - Si tiene el Medicare Original, consulte el “Aviso de prácticas de confidencialidad del Medicare Original” en su manual de “Medicare y Usted.” Visite www.medicare.gov/Publications para ver el manual o llame al 1-800-MEDICARE para pedir una copia.
 - Si tiene un plan Medicare Advantage, otro plan médico de Medicare o un plan Medicare de medicamentos recetados, lea los materiales de su plan.
- Recibir información de manera que pueda entenderla de Medicare, los proveedores de cuidado médico, y, en ciertas circunstancias, contratistas.

Derechos de Medicare - Continuación

- Recibir información que le ayude a tomar decisiones
 - Lo que está cubierto
 - Lo que paga Medicare
 - Cuánto tiene que pagar usted
 - Qué hacer para poner una queja o una apelación
- Que se le contesten las preguntas acerca de Medicare
 - Llame al 1-800-Medicare
 - Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048
 - Llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP por su sigla en inglés)

Todas las personas que tienen Medicare tienen derecho a

▪ Recibir información comprensible acerca de Medicare para ayudarle a tomar decisiones de cuidado médico, incluyendo lo que está cubierto, lo que paga Medicare, cuánto tiene que pagar usted y qué hacer si quiere presentar una queja o una apelación.

▪ Que se le contesten las preguntas acerca de Medicare:

- Visite www.medicare.gov.
- Llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) de su estado. Para obtener los números de teléfono actualizados del SHIP, llame al 1-800-MEDICARE, o visite www.medicare.gov/contacts.

Llame a su plan si está en un plan Medicare Advantage, otro plan médico de Medicare, o un plan Medicare de medicamentos recetados.

Derechos de acceso y tratamiento

- Tener acceso a médicos, especialistas y hospitales
- Obtener información acerca de sus opciones de tratamiento
 - Lenguaje claro
 - Participar en decisiones de tratamiento

Todas las personas que tienen Medicare tienen derecho a

- Tener acceso a médicos, especialistas y hospitales.
- Obtener información acerca de sus opciones de tratamiento en lenguaje claro que pueda comprender, y participar en decisiones de su tratamiento. Si no puede participar completamente en las decisiones de su tratamiento, pídale a un pariente, amigo o a cualquier persona de confianza que le ayude a tomar decisiones acerca de que tratamiento adecuado para usted.

Sus derechos

- Servicios de cuidado médico
 - En un lenguaje que comprenda
 - De manera culturalmente sensible
- Cuidado de emergencia cuando y donde lo necesita
 - Si su salud está en peligro, llame al 911

Todas las personas que tienen Medicare tienen derecho a

- Recibir servicios médicos en un lenguaje claro y de manera culturalmente sensible
- Para mayor información sobre cómo recibir los servicios en idiomas que no sean el inglés, llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019, o visite www.hhs.gov/ocr. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Recibir cuidado de emergencia en el momento y lugar en que lo necesite

- Si su salud está en peligro debido a una lesión grave, enfermedad repentina o una enfermedad que está empeorando rápidamente, llame al 911. Puede recibir cuidado de emergencia en cualquier parte de los Estados Unidos.

Para obtener información acerca del cuidado de emergencia

- En el Medicare Original, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- En un plan Medicare Advantage u otro plan médico de Medicare, los materiales de su plan describen como obtener cuidado de emergencia.

Sus derechos de cobertura y apelación

- Hacer que se presente reclamo de pago a Medicare
- Obtener decisiones acerca de
 - Pago de atención médica
 - Cobertura de servicios
 - Cobertura de medicamentos de receta
- Obtener una apelación (revisión) de ciertas decisiones
 - Pago de atención médica
 - Cobertura de servicios
 - Cobertura de medicamentos de receta

Todas las personas que tienen Medicare tienen derecho a:

- Hacer que se presente un reclamo de pago a Medicare y a obtener una decisión acerca del pago de atención médica, servicios o cobertura de medicamentos de receta incluso cuando su médico dice que Medicare no va a pagar ciertos artículos o servicios.
- Cuando se presenta un reclamo, usted recibe un aviso de Medicare comunicándole lo que va a cubrirse y lo que no va a cubrirse. Esto puede ser distinto de lo que dice su médico. Si no está de acuerdo con la decisión de Medicare con respecto a su reclamo, tiene derecho a apelar.
- Apelar si no está de acuerdo con una decisión acerca de su pago de atención médica, cobertura de servicios, y cobertura de medicamentos de receta.
- Para mayor información acerca de las apelaciones, visite www.medicare.gov/appeals.
 - Para obtener ayuda para apelar una decisión, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) de su estado. Para obtener los números de teléfono de SHIP actualizados, llame al 1-800-MEDICARE, o visite www.medicare.gov/contacts. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Si tiene un plan Medicare Advantage, otro plan de salud de Medicare o un plan de medicamentos de receta, lea los materiales de su plan.

Derechos de queja

- Presentar quejas
 - A veces se llaman agravios
 - Incluyen quejas referentes a la calidad del cuidado
 - En el plan Medicare Original, llame a la Organización para Mejoras de Calidad (QIO por su sigla en inglés)
 - En un plan Medicare Advantage u otro plan de Medicare, llame a la QIO, a su plan, o ambos

Además de los derechos mencionados, todos los beneficiarios de Medicare tienen derecho a

- Presentar quejas o agravios referentes a los servicios que han recibido, otras inquietudes o problemas que se tienen a la hora de recibir cuidado médico, y la calidad del cuidado médico recibido.
- Si tiene alguna inquietud acerca de la calidad del cuidado que está recibiendo
 - En el Medicare Original, llame a la Organización para Mejoras de Calidad (QIO) de su estado para poner una queja. Llame al 1-800-MEDICARE o visite www.medicare.gov/contacts para obtener el número de teléfono de su QIO.
 - En un plan Medicare Advantage u otro plan médico de Medicare, llame al QIO, a su plan, o a los dos. Si padece de Enfermedad Renal Terminal y tiene alguna queja acerca de su cuidado, llame a la Red de ESRD de su estado. Para obtener este número de teléfono, llame al 1-800-MEDICARE, o visite www.medicare.gov/contacts.

 **Compruebe sus conocimientos – Lección 1**

Dora le preguntó a su proveedor acerca de sus opciones de tratamiento. Cree que no se le explicaron sus opciones. ¿Tiene derecho a hacer que se le expliquen sus opciones de tratamiento?

a.Sí

b.No

05/01/2013 Sus Derechos y Protecciones de Medicare 13

Dora cree que no se le explicaron sus opciones de atención médica. ¿Tiene derecho a que se le expliquen sus opciones de tratamiento?

a.Sí

b.No

RESPUESTA: a. Si. Dora tiene derecho a obtener información acerca de sus opciones de tratamiento en lenguaje claro que pueda comprender, y a participar en sus decisiones de tratamiento.

Todas las personas que tienen Medicare tienen derecho a participar completamente en todas sus decisiones de atención médica. Si no puede participar completamente, pídale a un familiar, amigo, o a cualquier persona de confianza que le ayude a tomar la decisión de que tratamiento es el adecuado para usted.



Lección 2– Sus derechos en el Medicare Original

- Medicare Original
- Proceso de apelación
- Notificaciones

05/01/2013 Sus Derechos y Protecciones de Medicare 14

La lección 2 le explica los derechos adicionales cuando está inscrito en el Medicare Original, incluyendo

- Medicare Original
- El proceso de apelación
- Notificaciones

Sus derechos en el Medicare Original

- Visitar cualquier médico o especialista participante
- Ir a cualquier hospital certificado por Medicare
- Recibir información cuando Medicare no paga
 - Notificaciones
 - Derechos de apelación

Sus derechos cuando está inscrito en el Medicare Original incluyen los siguientes:

- Atenderse con cualquier médico o especialista (incluyendo especialistas de servicios para la mujer);
- Ir a cualquier hospital certificado por Medicare;
- Recibir cierta información, notificaciones, y derechos que apelación que le ayuden a resolver cuestiones cuando Medicare no pague por los servicios.

Derechos de Medigap en el Medicare Original

- Comprar una póliza privada de Medigap
 - También llamada Seguro Suplementario de Medicare
 - Derechos de emisión garantizada
 - En su periodo de inscripción abierta de Medigap, la compañía de seguro
 - No le puede denegar la cobertura de Medigap
 - No puede imponerle condiciones a la cobertura
 - Debe cubrir las condiciones pre-existentes
 - No le puede cobrar más debido a problemas de salud anteriores o actuales
 - Algunos estados otorgan derechos adicionales

05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

16

Sus derechos, cuando está inscrito en el Medicare Original, incluyen los siguientes:

- La compra de una póliza de Medigap (Seguro Suplementario a Medicare).
 - En ciertas situaciones, usted tiene derecho a comprar una póliza de Medigap. Una póliza de Medigap es una póliza vendida por compañías de seguros privadas para cubrir lo que el plan Medicare Original no cubre, como los coseguros.
 - Las pólizas de Medigap tienen que cumplir las leyes federales y estatales que lo protegen. Su póliza Medigap debe identificar claramente que es “Seguro Suplementario a Medicare.”
 - Las compañías de seguro Medigap de la mayoría de los estados (excepto Massachusetts, Minnesota y Wisconsin) pueden venderle solamente una póliza de Medigap “estandarizada.” Estas pólizas se identifican con las letras A,B,C,D,F,G,K,L,M, y N.
 - Los beneficios de cualquier plan Medigap identificado con la misma letra son los mismos sin importar qué compañía de seguros le venda su póliza.
 - Tiene derecho a comprar una póliza de Medigap durante su período de inscripción abierta para Medigap. Si bien la compañía de seguros no puede hacerle esperar para que empiece la cobertura, es posible que tenga que esperar si tiene un problema preexistente.

Cuando tenga derechos de emisión garantizados, el plan Medigap

- No puede negarle la cobertura de Medigap o imponer condiciones a su póliza
- Tiene que cubrir sus condiciones preexistentes
- No le puede cobrar más por una póliza debido a problemas de salud anteriores o actuales

Algunos estados ofrecen derechos adicionales para comprar pólizas de Medigap

Nota: El Módulo 3, *Medigap*, describe estas situaciones.

Derechos de apelación en el Medicare Original

- Solicitar una apelación
 - Si no se cubre un servicio o un artículo
 - Se deniega el pago por un servicio o artículo
 - Está en desacuerdo con la cantidad pagada por Medicare

En el Medicare Original usted tiene derecho a un proceso de apelación justo, oportuno y eficiente.

Puede solicitar una apelación si

- Uno de los servicios o artículos que ha recibido no está cubierto y usted cree que debería estarlo
- Se ha denegado el pago de un servicio o artículo y usted cree que Medicare debería pagarlo
- Usted no está de acuerdo con la cantidad pagada por Medicare por un servicio

Cómo apelar en el Medicare Original

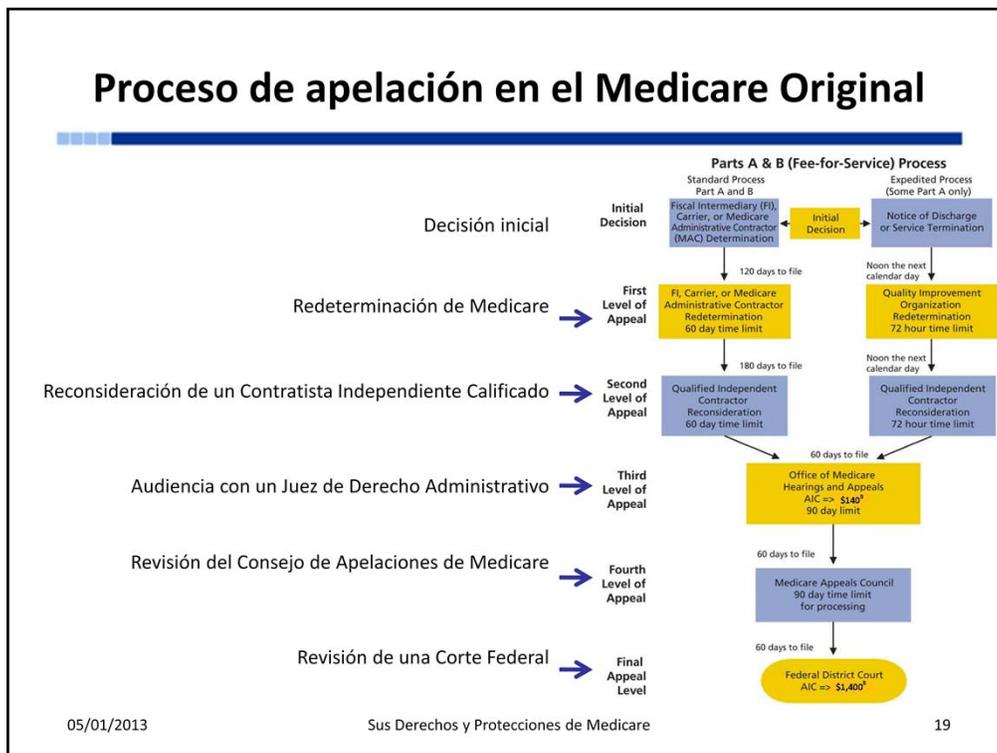
- El “Resumen de Medicare” (MSN) le mostrará
 - Por qué no ha pagado Medicare
 - Cómo apelar
 - Dónde tramitar su apelación
 - Cuánto tiempo tiene para apelar
- Busque toda la información que pueda ayudar a su caso
- Guarde una copia de todo lo que le envíe a Medicare

En el Medicare Original, cuando los proveedores le cobran a Medicare, usted recibirá un “Resumen de Medicare” (MSN). Esta notificación le dirá

- Por qué no ha pagado Medicare;
- Cómo apelar;
- Dónde tramitar su apelación y
- Cuánto tiempo tiene para apelar.

Si decide apelar, pídale a su médico, proveedor de cuidado médico, o proveedor de equipo médico duradero (DME) que le provea cualquier tipo de información que pueda ayudar a su caso. Guarde una copia de todo lo que envíe a Medicare como parte de su apelación.

Proceso de apelación en el Medicare Original



Hay cinco niveles en el proceso de apelaciones en el Medicare Original. Busque la tabla de los Procesos de Apelaciones de Parte A, B, C, y D en la sección de ayuda de empleo o en la página Web del Programa Nacional de Entrenamiento de Medicare.

Hay un proceso estándar y un proceso acelerado. Es importante que sepa que para una apelación acelerada, el proveedor tiene que cortar los servicios o darle de alta.

- 1. Redeterminación por la compañía que se encarga de los reclamos de Medicare en los 120 días siguientes** a la fecha en que reciba su MSN. Los detalles están en el MSN.
- 2. Reconsideración por un Contratista Independiente Calificado (QIC)** (un contratista que no haya tomado parte en la primera decisión). Los detalles se incluyen en la notificación de redeterminación.

Póngase en contacto con su Organización para Mejoras de Calidad (QIO) antes del mediodía del día anterior a que terminen los servicios cubiertos por Medicare para solicitar una apelación rápida.

- 3. Audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ)** (su reclamo debe ser por una cantidad de dólares mínima, que se actualiza cada año: \$140 en 2013). Envíe la solicitud a la oficina del ALJ que se indica en la notificación de reconsideración.
- 4. Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC).** Se incluyen detalles para solicitarla en la decisión de la audiencia del ALJ. No hay cantidad mínima de dólares para que el Consejo de Apelaciones de Medicare examine su apelación.
- 5. Examen por un tribunal Federal del distrito.** Para que una corte federal examine el caso, la cantidad restante en disputa debe satisfacer una cantidad mínima de dólares, que se actualiza anualmente: \$1,400 en 2013.

Nota: Esta tabla puede obtenerse con el cuaderno de trabajo correspondiente (vea el Anexo A).

Apelación acelerada

- Pida información relacionada con su caso
- Llame a la Organización para Mejoras de Calidad (QIO por su sigla en inglés)
 - Para pedir una apelación acelerada
 - No más tarde que la fecha del aviso
- Si se pasa de la fecha
 - Aún tiene derechos de apelación

Usted le puede pedir a su médico cualquier información que pueda ayudar a su caso si solicita una apelación acelerada.

Debe llamar a su QIO para pedir una apelación acelerada no más tardar para al mediodía del día antes que su aviso le diga que terminará su cobertura

El número de la QIO de su estado debe estar en su notificación. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Si se pasa de la fecha, usted aún tiene derechos de apelación:

- Si tiene Medicare Original, llame a su QIO.
- Si tiene un plan Medicare Advantage, llame a su plan. Fíjese en los materiales del plan para conseguir los números de teléfono.

Comuníquese con SHIP si necesita ayuda para presentar su apelación.

Protección contra las facturas inesperadas

▪ Aviso Anticipado de Falta de Cobertura para el Beneficiario (ABN)

- Enviado por el proveedor de cuidado médico o de equipo médico
- Dice que es probable (o que es seguro) que Medicare no pagará por un artículo o servicio
- Usado solamente en el Medicare Original
- No se requiere para artículos o servicios excluidos por la ley
- Le pedirá que decida si quiere recibir los servicios
- Le pedirá que confirme que ha leído/entendido la notificación

05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

21

Usted está protegido contra las facturas inesperadas. Si su proveedor de cuidado médico o de equipo médico cree que Medicare no va a pagar ciertos artículos o servicios, en muchas situaciones le dará una notificación que diga que es probable (o que es seguro) que Medicare no pague los artículos o servicios bajo Medicare Original. Esto se conoce como Aviso Anticipado de Falta de Cobertura para el Beneficiario (ABN). El ABN se utiliza solamente por Proveedores de artículos y servicios de Medicare Parte B. También es utilizado por hospicios e Instituciones de salud religiosas que no son médicas y proveen artículos y servicios de Medicare Parte A.

Se le pedirá que elija una opción en el formulario ABN y que firme para decir que ha leído y entiende el aviso. Si elige recibir los artículos o servicios enumerados en el ABN, tendrá que pagar si Medicare no lo hace. En algunos casos, es posible que el proveedor le pida el pago en el momento en que se reciba el servicio.

Los proveedores (incluyendo los laboratorios independientes), médicos, profesionales médicos, y proveedores de equipo médico utilizan el ABN (Formulario CMS-R-131) en situaciones en las que se anticipa que Medicare denegará el pago porque hay una posibilidad de que el artículo o servicio no sea razonable o necesario.

Los médicos y los proveedores de equipo no tienen que darle un ABN para servicios que Medicare no cubre nunca (es decir, que están excluidos bajo la ley de Medicare), tales como exámenes oculares de rutina, servicios dentales, audífonos, y cuidado podiátrico de rutina; sin embargo, pueden darle un ABN voluntariamente por artículos y servicios excluidos por Medicare como cortesía.

Nota: Se provee una copia del ABN en el cuaderno de trabajo correspondiente (Anexo B). También puede obtenerlo por internet en <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/ABN.html>.

Tipos de ABN

- Aviso Anticipado de Falta de Cobertura para el Beneficiario (ABN)
- Aviso Anticipado para el Beneficiario de un Centro de Enfermería Especializada (SNFABN)
- Aviso Anticipado para el Beneficiario de Cuidados de la Salud en el Hogar (HHABN)
- Aviso de Falta de Cobertura Emitido por el Hospital (HINN)

05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

22

Hay cuatro tipos de ABN para las personas que tienen el Medicare Original. Estas notificaciones explican que es posible que usted tenga que pagar ciertos servicios en ciertas condiciones. Los avisos incluyen

- **Aviso Anticipado de Falta de Cobertura para el Beneficiario (ABN)** – utilizado por Proveedores y proveedores de equipo médico de artículos y servicios de Medicare Parte B. También lo utilizan los hospicios o las instituciones de cuidado de salud religiosos que no son médicos que proveen artículos y servicios de Medicare Parte A.

Hay otros tipos de avisos para los beneficiarios de Medicare Original que se utilizan en entornos de cuidado de salud específicos. Como el ABN, estas notificaciones le explican que es posible que usted tenga que pagar ciertos servicios en ciertas condiciones. Las notificaciones incluyen

- **Aviso Anticipado para el Beneficiario de un Centro de Enfermería Especializada (SNFABN)**– se utilizan solamente para cuidado en los centros de enfermería especializada.
- **Aviso Anticipado para el Beneficiario de Cuidados de Salud en el Hogar (HHABN)**– utilizado solo por las agencias de cuidado de salud en el hogar
- **Aviso de Falta de Cobertura Emitido por el Hospital (HINN)** – utilizado para los pacientes internados cuando el hospital cree que tal vez Medicare no pague por los servicios o parte de los mismos.

Puede ver o imprimir los avisos para los beneficiarios en www.cms.gov/BNI/.

 **Compruebe sus conocimientos – Lección 2**

El Aviso Anticipado de Falta de Cobertura para el Beneficiario (Advance Beneficiary Notice of Noncoverage - ABN) solo se requiere que se utilice para los servicios de Parte B de Medicare Original y para los servicios de Parte A que se proveen en hospicios e Institutos Religiosos de Salud que no son Médicos.

a. Verdadero
 b. Falso

05/01/2013 Sus Derechos y Protecciones de Medicare 23

El Aviso Anticipado de Falta de Cobertura para el Beneficiario (Advance Beneficiary Notice of Noncoverage - ABN) solo se requiere que se utilice para servicios de Parte B en Medicare Original y para servicios de Parte A que se proveen en hospicios e Institutos Religiosos de Salud que no son Médicos.

- a. Cierto
- b. Falso

RESPUESTA: a. Verdadero. Los médicos y los proveedores de equipo médico no tienen que darle un ABN por servicios que Medicare no cubre nunca (es decir, excluidos bajo la ley de Medicare), tales como: exámenes oculares de rutina, servicios dentales, audífonos, y cuidado podiátrico de rutina, aunque pueden darle un ABN voluntariamente por artículos y servicios excluidos por Medicare como cortesía.



Lección 3- Sus derechos en los planes Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare

- Derechos en los planes Medicare Advantage (Parte C) u otros planes de salud de Medicare

Además de los derechos descritos en la primera sección, tiene derechos adicionales cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan médico de Medicare.

Sus derechos en los planes Medicare Advantage (Parte C) u otros planes de salud de Medicare

- Elegir proveedores de cuidado médico
- Obtener un plan de tratamiento de su médico
 - Para condiciones médicas complejas o graves
 - Consultar a los especialistas directamente tantas veces como sea necesario

Si está usted inscrito en un plan de salud de Medicare, además de los derechos y protecciones enumerados anteriormente en la primera sección, tiene derecho a

- Elegir proveedores de cuidado médico dentro del plan, para obtener el cuidado médico que necesite.
- Obtener un plan de tratamiento de su médico si tiene una condición médica compleja o grave. El plan de tratamiento le permite consultar directamente a un especialista tantas veces como usted y su médico crean que es necesario. Las mujeres tienen derecho a ir directamente a un especialista de cuidado médico femenino del plan, sin referido dentro del plan para servicios de cuidado médico de rutina y preventivos.

Derechos de cobertura y apelación en Medicare Advantage u otros planes médicos

- Saber cómo se les paga a sus médicos
- Recibir información sobre su cobertura o decisión de cobertura
- Un proceso de apelaciones justo, eficiente y oportuno
 - 5 niveles de apelación
 - Carta de decisión explicando más derechos
 - Revisión automática de la reconsideración del plan
 - Hecho por una entidad independiente
- Presentar una queja acerca de otras inquietudes o problemas

05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

26

Si usted tiene un plan de salud de Medicare, además de los derechos y protecciones indicados anteriormente en la primera sección, tiene derecho a

- Saber cómo se les paga a sus médicos si usted se lo pide a su plan. Medicare no permite que los planes paguen a los médicos de manera que interfiera con que usted reciba el cuidado.
- Antes de recibir un servicio o suministro, puede llamar a su plan para averiguar si va a ser cubierto u obtener información acerca de las reglas de cobertura.
- Un proceso de apelaciones justo, eficiente y oportuno para resolver disputas con su plan. Tiene derecho a pedirle a su plan que provea o pague un servicio que usted crea debe cubrirse, proveerse o continuarse.
 - El proceso de apelaciones consiste en 5 niveles
 - Si se deniega la cobertura al nivel de la apelación, el beneficiario recibirá una carta explicando la decisión e instrucciones sobre la manera de proceder al siguiente nivel de apelación
 - Si el plan sigue denegando la cobertura a nivel de reconsideración, la apelación se envía automáticamente a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) de la Parte C
 - Presentar una queja acerca de otras inquietudes o problemas con su plan. Consulte los materiales del plan o llámelos para averiguar cómo presentar una queja.
 - Obtener una decisión de cobertura o información de cobertura de su plan antes de recibir servicios.

Para más detalles consulte la publicación sobre Derechos y Protecciones de Medicare (CMS Publicación #10112).

Proceso de apelaciones de la Parte C de Medicare



05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

27

Este gráfico le muestra el proceso de apelación para el Plan Medicare Advantage u otros beneficiarios de planes médicos de Medicare. Los plazos difieren de acuerdo a si usted solicita una apelación estándar o si es elegible para una apelación acelerada. Si usted le solicita al plan que le brinde o que pague por un servicio o artículo y se lo niegan, puede apelar la decisión inicial del plan (“determinación de la organización”). Usted recibirá una carta en la que le explica el motivo por el cual el plan le denegó su solicitud e instrucciones para apelar la decisión del plan.

Hay cinco niveles de apelación. Si usted está en desacuerdo con la decisión tomada en cualquiera de los niveles, puede apelar al nivel siguiente si reúne los requisitos para hacerlo.

Después de apelar en cada nivel, usted recibirá instrucciones para hacerlo al nivel siguiente. Los cinco niveles de apelación son:

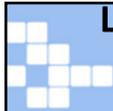
- Reconsideración por el plan
- Reconsideración de una Organización de Revisión Independiente (IRE)
- Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (AIJ)
- Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC)
- Revisión de una Corte Federal

Nota: Este gráfico está disponible como una hoja informativa en el cuaderno de tareas (Vea el Anexo B).

Derechos al presentar apelaciones al plan

- Derecho al archivo de su caso
 - Llame o escríbale al plan
 - El plan le puede cobrar una cantidad razonable por
 - fotocopiar y
 - enviarle el archivo
- Derecho a presentar evidencia para apoyar su caso
- Derecho a una apelación acelerada
 - Cuando sea corroborada por un médico

Si usted está inscrito en un plan de salud de Medicare y está apelando una decisión, tiene ciertos derechos. Tal vez quiera llamar al plan y pedirle una copia de su archivo. Fíjese en su *Evidencia de cobertura*, o el aviso que recibió donde le explican el motivo por el que no le brindaron el servicio solicitado, para obtener el número de teléfono y la dirección del plan. El plan podría cobrarle un arancel razonable por fotocopiar los documentos y enviárselos. El plan podría darles un estimado del costo basándose en el número de páginas del archivo más el costo de enviarlo por correo.



Lección 4– Sus derechos en los planes Medicare de medicamentos recetados

- Se le garantizan ciertos derechos y protecciones

La lección 4 le explica sus derechos en los planes Medicare de medicamentos recetados.

Acceso a los medicamentos cubiertos

- Deben asegurarse de que sus miembros reciban los medicamentos que necesitan
- Deben incluir más de un medicamento en cada clasificación
- Deben pagar por los medicamentos genéricos y los de marca
- Deben tener normas para el acceso

Los planes Medicare de medicamentos recetados trabajan para brindarles a los beneficiarios de Medicare cobertura de alta calidad y precios accesibles. Estos planes deben asegurarse de que sus miembros obtengan los medicamentos recetados necesarios para tratar sus problemas de salud.

Cada plan tiene una lista de medicamentos cubiertos conocida como “formulario”.

El formulario de un plan puede que no incluya todos los medicamentos que usted necesita. Sin embargo, en la mayoría de los casos, tendrán otro medicamento similar, seguro y eficaz.

Los planes tienen que pagar tanto por los medicamentos de marca como por los genéricos.

Las medicinas cubiertas incluyen, los medicamentos recetados, los productos biológicos y la insulina. Los insumos o suministros necesarios para inyectarse la insulina, como jeringas, agujas, hisopos embebidos en alcohol (palillos de algodón esterilizados) y gasa.

Algunos métodos utilizados por los planes para controlar el acceso a ciertos medicamentos son

- Los formularios
- Las autorizaciones previas
- La terapia en niveles/pasos
- Los límites a la cantidad

Cobertura obligatoria

- Todos los medicamentos en las 6 categorías protegidas
 - Medicamentos para el cáncer
 - Tratamientos para el VIH/SIDA
 - Antidepresivos
 - Medicamentos antipsicóticos
 - Tratamientos anticonvulsivos
 - Inmunosupresores
- Todas las vacunas disponibles comercialmente
 - Exepto aquellas cubiertas por la Parte B (por ejemplo, la vacuna contra la gripe)

Los planes Medicare de medicamentos recetados tienen que cubrir todos los medicamentos en 6 categorías para tratar ciertas condiciones, incluyendo los

- Medicamentos para el cáncer
- Tratamientos para el VIH/SIDA
- Antidepresivos
- Medicamentos antipsicóticos
- Anticonvulsivos para la epilepsia y otras condiciones médicas
- Inmunosupresores

Los planes Medicare de medicamentos recetados tienen que cubrir todas las vacunas disponibles comercialmente, incluyendo la de herpes zoster (pero no las de la gripe y neumonía neumococal que son cubiertas por la Parte B). Usted o su proveedor puede comunicarse con su plan de Medicare de medicamentos recetados para más información sobre la cobertura de las vacunas y cualquier otra información que necesite el plan.

Suministro durante la transición

- Los planes deben brindarles los medicamentos que no están en la lista (formulario) del plan
 - A los miembros nuevos
 - A las personas en residencias de cuidado a largo plazo
- Suministro inmediato para los nuevos miembros
 - Por una vez, un suministro del medicamento que necesita para 30 días
- Mientras toma el medicamento durante la transición
 - Hable con su médico para que le cambie el medicamento a uno que esté en el formulario del plan
 - Si fuese necesario por motivos médicos, solicite una excepción
 - No espere hasta que se le termine el medicamento para tomar alguna medida

05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

32

Algunos miembros pueden estar tomando un medicamento que no está en la lista de medicamentos del plan o que es un medicamento de la terapia en pasos. Medicare requiere que los planes les brinden a sus miembros un suministro para 30 días de todos los medicamentos cubiertos por Medicare, mientras hacen la transición, aun si dicha medicina no está en el formulario del plan, es parte de la terapia en pasos, o requiere una autorización previa. Esto les dará a usted y a su médico tiempo suficiente para encontrar otro medicamento de la lista de medicamentos del plan que sea igualmente eficaz. Sin embargo, si usted ya intentó usar un medicamento similar y no funcionó, o si su médico piensa que debido a su condición médica usted necesita un medicamento específico, el médico puede pedirle al plan que haga una excepción a las normas del formulario. Si le aprueban la excepción solicitada, el plan pagará por dicho medicamento. Si no le otorgan la excepción, usted puede apelar la decisión.

Es importante que entienda cómo trabajar con el formulario del plan y que planifique con antelación. Si le proporcionan un suministro de transición, no espere hasta que se le acabe el medicamento para hacer algo. Usted debe hablar con su médico acerca de

- La autorización previa (si fuese necesaria)
- Los medicamentos alternativos que sean seguros y eficaces y que podrían ahorrarle dinero
- El pedido de excepción, si fuera necesario por su condición médica

Si tiene preguntas sobre los medicamentos que están cubiertos, hable con su plan.

NOTA: En la mayoría de los casos en la terapia en pasos, el miembro primero debe probar ciertos medicamentos que son menos costosos primero.

Solicitud de determinación de cobertura

- Decisión inicial por el plan
 - Qué beneficios tiene derecho a recibir
 - Cuánto tiene que pagar por un beneficio
 - Usted, el médico que lo receta, o el representante designado por usted puede solicitarla
- Plazos para la solicitud de determinación de cobertura
 - Puede ser estándar (decisión en 72 horas o menos)
 - Puede ser acelerada (decisión en 24 horas o menos)
 - Si se puede poner en peligro gravemente la vida o la salud

Una determinación de cobertura es la primera decisión tomada por su plan de medicamentos de Medicare (no la farmacia) acerca de sus beneficios de medicamentos de receta. Esto incluye si un medicamento determinado está cubierto, si ha satisfecho todos los requisitos para obtener un medicamento solicitado, y cuánto tiene que pagar por el medicamento. Usted o el médico que haga la receta deben ponerse en contacto con su plan para pedir una determinación de cobertura.

Usted, el médico que haga la receta, o el representante designado por usted puede pedir una determinación de cobertura llamando a su plan o escribiéndoles una carta. Si escribe al plan, puede escribir una carta o utilizar el formulario de “Modelo de Determinación de Cobertura” que se encuentra en: <http://www.cms.gov/Medicare/Appeals-and-Grievances/MedPrescriptDrugApplGriev/Forms.html>.

Hay dos tipos de determinaciones de cobertura: estándar o acelerada. Su solicitud se acelerará si el plan determina, o si su médico le dice al plan, que su vida o su salud pueden verse en grave peligro al esperar la solicitud estándar.

El plan debe darle su determinación de cobertura tan rápido como lo requiere su condición médica. Después de recibir su solicitud, el plan debe darle su decisión 72 horas después a más tardar para una determinación estándar o 24 horas para una determinación acelerada. Si su solicitud de determinación de cobertura incluye una excepción, el tiempo empieza a contar cuando el plan recibe la declaración de apoyo de su médico.

Si el plan no satisface estos plazos, debe enviar automáticamente la solicitud y el archivo del caso a la Entidad de Revisión Independiente para su revisión, y la solicitud se saltará el primer nivel de apelación (redeterminación por el plan). La Entidad de Revisión Independiente es MAXIMUS. Puede encontrar su información de contacto en www.medicarepartdappeals.com.

Solicitud de una “excepción”

- Dos tipos de excepciones
 - Excepciones de formulario
 - El medicamento no está en el formulario del plan o
 - Requisitos de acceso (por ejemplo, terapia de pasos)
 - Excepciones de nivel
 - Por ejemplo, obtener un medicamento del Nivel 3 al costo del Nivel 2
- Necesita declaración de apoyo del médico de receta
- Usted, el representante designado por usted, o el médico de receta, puede hacer solicitudes
- La excepción puede ser válida el resto del año

05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

34

Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Hay dos tipos de excepciones: excepciones de nivel (tales como obtener un medicamento de Nivel 3 a costo de Nivel 2) y excepciones de formulario (sea cobertura por un medicamento que no está en el formulario del plan, o requisitos de acceso más fáciles).

Si quiere hacer una solicitud de excepción, necesitará una declaración de apoyo del médico de receta. En general, la declaración debe indicar la razón médica de la excepción. El médico de receta puede dar la declaración verbalmente o por escrito.

Si su solicitud de excepción se aprueba, la excepción será válida para volver a surtir la receta durante el resto del año del plan, siempre que permanezca inscrito en el plan, su médico siga recetando el medicamento, y el medicamento siga siendo seguro para tratar su condición.

Un plan puede elegir extender la cobertura a un nuevo año de plan. Si no es así, debe indicarlo por escrito, sea en el momento en que se apruebe la excepción, o al menos 60 días antes de que acabe el plan del año. Si su plan no extiende su cobertura de excepción, debe considerar cambiar a un medicamento que esté en el formulario del plan, pedir otra excepción, o cambiarse a un plan que cubra ese medicamento durante el Periodo de Inscripción Abierta de Medicare (que también se llama Inscripción Abierta), que es del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año.

NOTA: Si quiere elegir un representante que le ayude con una determinación de cobertura o una apelación, usted y la persona que quiera que le ayude deben rellenar el formulario de Designación de Representante (Formulario CMS-1696). Puede obtener una copia del formulario en <http://www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf>. También puede nombrar un representante con una carta firmada y fechada por usted y la persona que le ayude, pero la carta debe tener la misma información que se pide en el formulario de Designación de Representante. Deben enviar el formulario o la carta junto con su solicitud de determinación o apelación.

Excepciones para el formulario

- Acceso a los medicamentos cubiertos por Medicare
 - Que no se incluyen en el formulario del plan o si
 - El plan tiene normas de cobertura especiales
- Las normas especiales incluyen
 - Autorización previa
 - Límites de cantidades
 - Tratamiento en etapas/pasos
- El plan establece los niveles de costos compartidos

Las excepciones al formulario garantizan que el beneficiario tenga acceso a los medicamentos cubiertos por Medicare que no están incluidos en el formulario del plan o por los cuales el plan tiene reglas de cobertura especiales. Estas reglas especiales incluyen la autorización previa, límites a la cantidad y terapia de pasos.

Una vez que le aprueben la excepción al formulario, el plan tiene la flexibilidad para determinar el nivel del costo compartido que se le aplicará a los medicamentos que no están en el formulario. Por ejemplo, un patrocinador del plan puede aplicarle el nivel de costo compartido no preferido a todos los medicamentos que no están en el formulario aprobados bajo el proceso de la excepción.

Excepciones para el formulario - continuación

- El plan debe otorgar una excepción al formulario
 - Las alternativas que ofrece el formulario no son igualmente efectivas
 - Tendrían efectos adversos
- El plan debe otorgar una excepción a una regla de cobertura
 - La regla de cobertura no ha tenido, o es probable que no tenga efecto en el tratamiento de la condición médica del beneficiario o
 - Le ha causado o es probable que le cause daños al beneficiario

El plan debe otorgar una excepción al uso del formulario cuando determina que ninguna de las alternativas del formulario para el tratamiento de la misma condición médica sería tan efectiva para el beneficiario, como el medicamento que no está en el formulario y/o tendría efectos adversos. El plan debe otorgar una excepción a una regla de cobertura cuando determina que la regla de cobertura no ha tenido o es probable que no tenga efecto en el tratamiento de la condición médica del beneficiario, o que es probable que le cause daños al beneficiario.

Excepciones aprobadas

- La excepción es válida para el resto del año
 - El miembro deben permanecer inscrito y
 - La persona que emitió la receta debe seguir recetando el medicamento y
 - El medicamento sigue siendo seguro para tratar la condición médica de la persona
- El plan puede extender la cobertura al año siguiente
- El plan debe notificárselo al beneficiario por escrito
 - No se ha extendido la cobertura
 - La fecha en que va a acabar la cobertura
 - El derecho a solicitar otra excepción

05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

37

Si se aprueba su solicitud, la excepción será válida para volver a obtener la receta durante el resto del año del plan, siempre que

- El miembro permanezca inscrito en el plan,
- El médico siga recetando el medicamento, **y**
- El medicamento siga siendo seguro para tratar la condición médica de la persona.

El plan puede decidir extender la cobertura al nuevo año del plan. Si no, debe darle una notificación escrita ya sea en el momento en que se apruebe la excepción, o al menos 60 días antes de que acabe el año del plan. La notificación escrita debe darle al miembro la fecha en que va a acabar la cobertura, informarle del derecho de solicitar otra excepción, y del proceso para presentar otra solicitud de excepción. Si no se extiende la cobertura, el miembro debe considerar la posibilidad de utilizar uno de los medicamentos del formulario del plan, solicitar otra excepción, o cambiar de plan durante el Periodo de Inscripción Abierta.

Solicitud de apelaciones

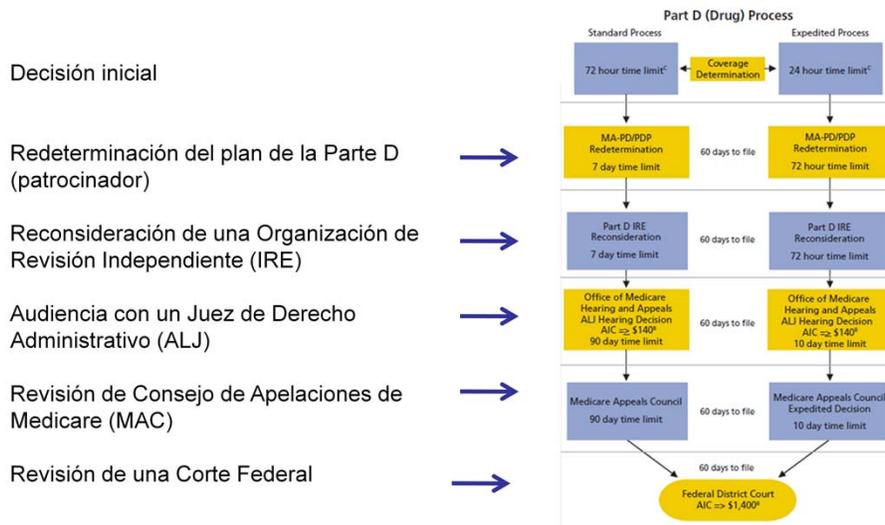
- Si se le deniega su determinación o excepción de cobertura, puede apelar la decisión del plan
- En general, debe hacer sus solicitudes de apelación por escrito
 - Los planes deben aceptar las solicitudes aceleradas verbales
- Las siguientes personas pueden solicitar la apelación
 - Usted
 - Su médico u otra persona que haya recetado
 - El representante designado por usted
- Hay 5 niveles de apelación

Si no está de acuerdo con la decisión de determinación o excepción de cobertura de su plan de medicamentos de Medicare, tiene derecho a apelar la decisión. La decisión escrita de su plan explicará cómo puede poner una apelación. Lea esta decisión detenidamente, y llame a su plan si tiene preguntas.

En general, debe hacer sus solicitudes de apelación por escrito. Sin embargo, los planes deben aceptar solicitudes de redeterminación aceleradas verbales. Además, los planes pueden elegir aceptar solicitudes de redeterminación estándar verbales. Consulte los materiales de su plan o póngase en contacto con su plan para ver si puede hacer solicitudes de redeterminación estándar verbales.

Usted o el representante designado por usted pueden pedir cualquier nivel de apelación. Sin embargo, su médico u otra persona que haga la receta puede pedir una redeterminación o reconsideración IRE (apelación de Nivel 1 o 2), una redeterminación acelerada de su parte y no tiene que ser el representante designado por usted.

Niveles de apelación para la Parte D



05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

39

Si recibe una decisión inicial desfavorable, tiene derecho a apelar la decisión.
Hay 5 niveles de apelación

1. Redeterminación del plan de la Parte D (patrocinador)
2. Reconsideración de una organización de revisión independiente (IRE)
3. Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ)
4. Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare
5. Revisión de una Corte Federal

Nota: Este gráfico está disponible en el cuaderno de trabajo correspondiente (ver el Anexo C).

Notificaciones obligatorias

- En la farmacia
 - Cuando no pueden despacharle un medicamento tal y como lo indica la receta
 - Esto no es una decisión de cobertura
- En cada determinación de cobertura
- Después de cada decisión sobre una apelación
- Decisiones adversas
 - Debe incluir información sobre el nivel de apelación siguiente
 - Debe incluir instrucciones específicas para apelar
 - Debe incluir las razones específicas por la que se la negaron

Los patrocinadores de los planes deben asegurarse de que las farmacias de la red del plan le entreguen un Aviso cada vez que no le puedan despachar un medicamento tal y como lo indica la receta.

Los patrocinadores de los planes deben proporcionarle notificaciones escritas después de cada determinación de cobertura o decisión sobre una apelación.

Además, todas las otras entidades de apelación deben enviarle una notificación escrita sobre su decisión. Si la decisión es adversa, la notificación le explicará la decisión, incluirá información sobre el próximo nivel de apelación y le proporcionará información específica sobre cómo apelar.

Divulgación de la Información Médica Personal (PHI por su sigla en inglés)

- Información Médica Personal (PHI)
 - El plan puede divulgar su PHI relevante a las personas que usted identifique
 - Miembro de la familia u otros parientes
 - Amigo personal
 - Otros (ver ejemplos en la diapositiva siguiente)
- Puede divulgar su PHI solamente en ciertas circunstancias

05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

41

Un proveedor o plan de cuidado médico, como un plan de medicamentos de Medicare, puede divulgar su Información Médica Personal (PHI) a alguien que lo ayude con sus beneficios de recetas médicas. Sin embargo, la regla aplica a todos los proveedores y planes, no solamente a los planes de medicamentos. Es importante destacar que se permite, pero no se requiere, que los planes médicos hagan estas divulgaciones. Su plan puede divulgar su PHI relevante a las personas que **usted** indique, que lo ayuden con su cuidado o sus pagos, entre las que se incluyen:

- Miembros de su familia u otros parientes
- Amigos personales
- Otros (vea ejemplos en la diapositiva siguiente)

Su plan puede divulgar su PHI las personas que usted identifique en las condiciones siguientes:

- Cuando usted esté presente y acceda o el plan considere que usted no objetará la decisión.
- Cuando no esté presente o si está incapacitado, el plan puede ejercer su juicio profesional para determinar si la divulgación es lo que le conviene más.

Cuándo pueden los planes divulgar información médica personal

- A un hijo/a
 - Para que resuelva un problema con una reclamación o un pago en representación del padre que está en el hospital
- A un representante de recursos humanos
 - Si usted participa en la llamada u otorga su autorización por teléfono
- A la oficina de un congresista
 - Que envió por fax su pedido de ayuda a su congresista
- A CMS
 - Si la información sobre el pedido de ayuda del individuo a CMS satisface al plan

05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

42

El plan puede divulgar su PHI a

- La hija de un beneficiario de Medicare que esté resolviendo un problema con una reclamación o pago en nombre su madre hospitalizada.
- Un representante de recursos humanos si el beneficiario de Medicare participa en la llamada o si otorga su autorización por teléfono.
- La oficina de un congresista o al personal de la misma que haya mandado por fax el pedido del beneficiario de ayuda al congresista.
- El personal de CMS si la información mediante la cual el beneficiario solicitó la ayuda de CMS, satisface al plan.

Nota: Las normas sobre la PHI fueron publicadas por la Oficina de Derechos Civiles, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.



Compruebe sus conocimientos – Lección 4

1. ¿Cuál de los enunciados siguientes es cierto sobre los avisos requeridos de un plan Medicare de medicamentos recetados? ?

- a. El plan tiene que otorgarle un aviso en la farmacia cuando no le puedan despachar una receta tal cual está escrita.
- b. El plan tiene que otorgarle un aviso después de una determinación de cobertura.
- c. El plan tiene que otorgarle un aviso antes de cada decisión de apelación.

¿Cuál de los enunciados siguientes es cierto sobre los avisos requeridos de un plan Medicare de medicamentos recetados?

- a. El plan tiene que otorgarle un aviso en la farmacia cuando no le puedan despachar una receta tal cual está escrita.
- b. El plan tiene que otorgarle un aviso después de una determinación de cobertura.
- c. El plan tiene que otorgarle un aviso antes de cada decisión de apelación.

Respuesta: a y b. El plan tiene que dar un aviso en la farmacia cuando una receta no se ha surtido de la manera que se ha recetado, y los planes deben dar aviso después de cada determinación de cobertura.

 **Compruebe sus conocimientos - 4**

2. Solo usted puede solicitar una apelación de su decisión de cobertura médica o de plan de medicamentos de Medicare..

a. Verdadero

b. Falso

05/01/2013 Sus Derechos y Protecciones de Medicare 44

Solo usted puede solicitar una apelación de su decisión de cobertura médica o de plan de medicamentos de Medicare.

a. Verdadero

b. Falso

Respuesta: b. Falso. Usted o el representante designado por usted puede pedir cualquier nivel de apelación. Sin embargo, su médico u otra persona que haga la receta, puede pedir una redeterminación o reconsideración IRE (apelación de Nivel 1 o 2) o una redeterminación acelerada de su parte y no tiene que ser el representante designado por usted.

Lección 5 – Sus derechos en otras dependencias

- Una explicación breve de sus derechos en
 - Un hospital
 - Un Centro de Enfermería Especializada (SNF por su sigla en inglés)
 - Cuando recibe cuidado en su hogar
 - Cuando recibe cuidado en un hospicio
 - Un Centro Ambulatorio de Rehabilitación General (CORF por su sigla en inglés)

La lección 5 le explica sus derechos garantizados cuando ingresa al hospital o a un centro de enfermería especializada, o recibe servicios de un proveedor que no trabaje en una institución, como una agencia para el cuidado de la salud en el hogar, un hospicio o un centro ambulatorio de rehabilitación general (CORF).

Muchos de estos derechos y protecciones son los mismos ya sea que esté inscrito en el Medicare Original, en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) o en un plan de salud de Medicare.

Derecho a ser atendido en un Hospital

- Derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare en el hospital que sean necesarios por motivos médicos
 - Para diagnosticar una enfermedad
 - Para tratar una enfermedad o lesión
 - Para recibir cuidado de seguimiento
- Recibirá una notificación cuando
 - Sea admitido en el hospital
 - “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos”

Todas las personas que tienen Medicare, incluyendo los beneficiarios de los planes Medicare Advantage u otros planes médicos de Medicare, tienen derecho a recibir los servicios del hospital cubiertos por Medicare que necesiten, para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión incluyendo el cuidado de seguimiento que puedan necesitar después de salir del hospital.

Cuando se le admita al hospital como paciente interno, recibirá una notificación llamada un *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos* y el hospital debe darle una copia de la notificación para que sepa sus derechos como paciente interno del hospital.

“Mensaje importante de Medicare”

- Firmado por usted y con copia
 - La notificación le explica sus derechos
 - Recibir todos los servicios de hospital que sean médicamente necesarios
 - Participar en las decisiones
 - Recibir los servicios que necesite después de salir del hospital
 - Apelar la decisión de alta y los pasos para hacerlo
 - Circunstancias en las cuales es posible que se le paguen los servicios del hospital durante la apelación

El “Mensaje importante de Medicare” es una notificación que recibe después de que se le admite al hospital. Debe firmarla y recibir una copia explicándole su derecho a

- Recibir todos los servicios de hospital que sean médicamente necesarios y estén relacionados con la condición médica por la cual se le admitió
- Participar en todas las decisiones
- Recibir los servicios que necesite después de salir del hospital
- Apelar una decisión de alta y los pasos para apelar la decisión
- Las circunstancias en las cuales pueden pagarse sus servicios de hospital durante la apelación

Proceso de apelaciones aceleradas del plan

- “Aviso de falta de cobertura de Medicare”
 - Entregado por lo menos 2 días antes de que
 - Termine la cobertura del SNF, CORF, Hospicio o cuidado de salud en el hogar
- Póngase en contacto con la QIO si los servicios están terminando antes de tiempo
 - Consulte el aviso para ver cómo ponerse en contacto con su QIO
- La QIO debe notificarle su decisión
 - Al final del día después de que reciba la información

05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

48

Con el proceso de apelación acelerada del plan, usted:

- Tiene derecho a pedirle a la Organización para Mejoras de Calidad (QIO) que le exija a su plan que provea o pague un servicio cubierto por Medicare que usted cree que debería continuarse en un centro de enfermería especializada, con una agencia de salud en el hogar, o en un centro ambulatorio de rehabilitación general.
- Su proveedor debe entregarle un *Aviso de Falta de Cobertura de Medicare* al menos 2 días antes de que acabe el cuidado médico de SNF, CORF o HHA cubierto por Medicare.
- Si usted cree que los servicios van a acabar demasiado pronto, póngase en contacto con su QIO antes del mediodía del día antes de que acaben los servicios cubiertos por Medicare para solicitar una apelación rápida.

Consulte el aviso para saber cómo ponerse en contacto con su QIO y para ver información adicional importante.

La QIO debe notificarle de su decisión antes del fin del día hábil siguiente al día en que reciba toda la información necesaria.

El plan tiene que darle una *Explicación Detallada de Falta de Cobertura*. Esta notificación le explicará por qué va a suspenderse la cobertura.

Tiene derecho a pedir que el Contratista Independiente Calificado (QIC) lleve a cabo una reconsideración si no está satisfecho con los resultados de la apelación rápida.

 **Lección 6 – Prácticas de confidencialidad de Medicare**

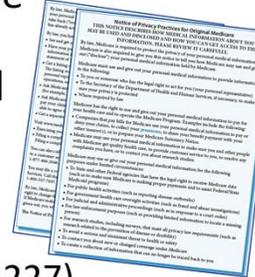
- Una explicación breve sobre las prácticas de confidencialidad de Medicare

05/01/2013 Sus Derechos y Protecciones de Medicare 49

La lección 6 le explica las prácticas de confidencialidad de Medicare.

“Aviso sobre las prácticas de privacidad”

- Le explica el modo en que Medicare
 - Protege la privacidad de su información médica personal
 - Utiliza y divulga su información médica personal
- Describe sus derechos y cómo puede ejercerlos
- Publicado anualmente en el manual *Medicare y Usted*
- Para mayor información
 - Visite www.medicare.gov
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)



05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

50

Medicare debe proteger su información médica personal. El *Aviso de Prácticas de Privacidad para el Medicare Original* describe cómo Medicare utiliza y divulga su información médica personal y le comunica sus derechos individuales. Si está inscrito en un plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare, o en un plan Medicare de medicamentos recetados, los materiales de su plan describen sus derechos de privacidad.

- La Notificación de Prácticas de Privacidad se publica anualmente en el manual *Medicare y Usted*.
- Para mayor información, visite medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Divulgación obligatoria

- Medicare **tiene** que divulgar su información médica personal
 - A usted
 - A su representante legal
 - A la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos
 - Cuando lo requiera la ley

Medicare tiene que divulgar su información médica personal

- A usted o a la persona que legalmente lo representa (su representante personal)
- A la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para garantizar que se proteja su privacidad
- Cuando lo requiera la ley

Divulgación autorizada

- Medicare **puede** divulgar su información médica personal
 - Para pagar por su atención médica
 - Para operar el programa
 - Ejemplos
 - A los contratistas de Medicare para que procesen sus reclamaciones
 - Para garantizar la calidad de los servicios
 - Para brindarle servicio al cliente
 - Para resolver sus quejas
 - Para comunicarse con usted acerca de un trabajo de investigación

Medicare puede usar y divulgar su información médica personal para pagar por su atención médica y operar el programa Medicare.

Las empresas contratadas por Medicare usan su información médica personal para pagar o denegar sus reclamaciones, para cobrar las primas y compartir los pagos con su otro seguro(s), así como para preparar el Resumen de Medicare (MSN).

Medicare puede usar su información médica personal para asegurarse de que usted y otros beneficiarios de Medicare reciban servicios de calidad, para ofrecerle atención al cliente, para resolver sus quejas o para comunicarse con usted acerca de los estudios de investigación.

Otras divulgaciones autorizadas

- Medicare **puede** divulgar su información médica personal
 - A las agencias federales y estatales
 - Para actividades relacionadas con la salud pública
 - Para control gubernamental
 - Para procedimientos judiciales
 - Para aplicar la ley
 - Para evitar una amenaza grave a la salud y seguridad
 - Para comunicarse con usted acerca de un beneficio de Medicare
 - Para recolectar información anónima

Medicare también puede utilizar o divulgar su información médica personal, en situaciones limitadas y para los propósitos siguientes

- Para las agencias federales o estatales que legalmente tienen derecho a obtenerla (por ejemplo para asegurarse de que Medicare esté haciendo los pagos correspondientes y para ayudar a los programas Medicaid federales y estatales)
- Para actividades relacionadas con la salud pública (como para comunicar sobre un brote de una enfermedad)
- Para tareas de supervisión por parte del gobierno (por ejemplo investigaciones sobre fraude y abuso)
- Para procedimientos judiciales o administrativos (por ejemplo en respuesta a una orden judicial)
- Para velar por el cumplimiento de la ley (por ejemplo obtener información limitada para localizar a una persona desaparecida)
- Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad
- Para comunicarle acerca de un beneficio nuevo o de algún cambio
- Para crear un banco de datos a través de cuya información no se lo pueda identificar

Otros derechos y protecciones de privacidad

- Para que Medicare pueda usar o divulgar su información médica personal
 - para divulgar cualquier tipo de información que no esté en el Aviso de Privacidad
 - Necesita un permiso (autorización) por escrito
- Usted puede revocar su autorización en cualquier momento

Por ley, Medicare debe tener su consentimiento por escrito (“autorización”) para utilizar o divulgar su información médica personal para cualquier propósito que no se contemple en este aviso. Usted puede cancelar (“revocar”) su autorización en cualquier momento, excepto si Medicare, basándose en el consentimiento que usted ha otorgado, ya la ha utilizado o divulgado.

Derechos de privacidad

- Ver y copiar su información médica personal
- Corregir cualquier información médica que considere errónea o incompleta
- Saber a quién se le ha divulgado su información médica personal
- Que se comuniquen con usted de un modo diferente
- Pedirle a Medicare que limite el uso de su información médica
 - Al pago de las reclamaciones y para operar el programa
- Recibir un aviso de confidencialidad por escrito

05/01/2013

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

55

Usted tiene los siguientes derechos de privacidad. Puede

- Ver y copiar su información médica que tiene Medicare
- Corregir cualquier información incompleta o errónea
- Saber quién ha recibido su información médica para otros propósitos que no sean el pago de sus reclamaciones, operar el programa Medicare o para velar por el cumplimiento de la ley
- Pedirle a Medicare que se comunique con usted de un modo diferente y en un lugar distinto (por ejemplo, por correo en vez de por teléfono) o en un lugar distinto (por ejemplo, enviándole los documentos a un Apartado Postal en vez de a su domicilio)
- Pedirle a Medicare que limite el modo en que se usa su información médica personal ya sea para el pago de las reclamaciones o para operar el programa Medicare. Tenga en cuenta que Medicare podría no estar de acuerdo con su pedido.
- Solicitar una copia impresa separada sobre sus derechos de privacidad
 - Si desea información sobre las prácticas de confidencialidad, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se violan sus derechos de confidencialidad

Usted puede presentar una queja

- Llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 o
- Comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de HHS
 - Visitar [hhs.gov/ocr/office/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/office/index.html) o
 - Llamar al 1-866-627-7748. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- No afectará sus beneficios de Medicare

Si usted cree que en el Medicare Original se han violado sus derechos de confidencialidad, puede presentar una queja de la siguiente manera

- Llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y hablando con un representante de servicio al cliente. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Comunicándose con la Oficina de Derechos Civiles de HHS en www.hhs.gov/ocr/hipaa o llamando al 1-866-627-7748. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Su queja no afectará a los beneficios que recibe de Medicare.

 **Lección 7 – Fuentes de información sobre los derechos y las protecciones de Medicare**

- Instrucciones Anticipadas
- Intermediario de Medicare
- Recursos para obtener información sobre los derechos y las protecciones de Medicare

05/01/2013 Sus Derechos y Protecciones de Medicare 57

La lección 7 le explica otra información relevante y otros recursos que están disponibles para ayudarle a buscar información acerca de sus derechos y protecciones de Medicare.

- * Instrucciones Anticipadas
- * Intermediario de Medicare
- * Recursos para obtener información sobre los derechos y las protecciones de Medicare

Instrucciones anticipadas

- Protéjase
- Hágales saber cuáles son sus deseos
 - Si llegara el momento en que usted no pueda expresarlos
- Llene las “instrucciones anticipadas para su salud”
 - En ellas usted identificará a la persona que quiere que hable por usted
 - El tipo de atención médica que desea
 - El tipo de atención médica que no desea

A medida que la gente vive más tiempo, aumentan las probabilidades de que en algún momento no puedan tomar sus propias decisiones médicas. La enfermedad de Alzheimer's y otras enfermedades pueden afectar su capacidad para tomar este tipo de decisiones. Planificar sus instrucciones anticipadamente es otra forma de protección disponible para cualquier persona, no solamente para los beneficiarios de Medicare. Entérese cuáles son los requisitos de su estado.

Las instrucciones anticipadas son documentos legales que le permiten poner por escrito cuál es el tipo de atención médica que le gustaría recibir si llegara el momento en que esté tan enfermo que no pueda expresarse por usted mismo. Las instrucciones anticipadas por lo general incluyen; la designación de un representante legal, un testamento en vida, y sus deseos para después de su muerte.

Si bien es importante que hable con su familia, amigos y su médico sobre sus deseos, estos documentos legales le garantizan que sus deseos sean cumplidos. Es mejor pensar sobre estas decisiones importantes antes de enfermarse o de que le sobrevenga una crisis.

El poder legal para la atención médica (*Health care proxy*) se usa para designar a la persona que usted quiere que tome sus decisiones médicas en caso de que usted no pudiera hacerlo. Es importante que usted designe a dicha persona, porque si usted repentinamente ya no puede tomar sus decisiones médicas, la persona en la que confía lo hará por usted.

Un testamento en vida es otra forma de asegurarse que sus deseos se cumplan. El mismo indica cuál es el tratamiento médico que aceptaría o rechazaría si su vida corriera peligro, por ejemplo: diálisis si su riñón no funcionara, un respirador artificial si ya no pudiera respirar por sus propios medios, resucitación cardiopulmonar (CPR por su sigla en inglés) si su corazón y su respiración se detuvieran, o alimentación por un tubo si ya no pudiera alimentarse.

Intermediario de Medicare

- Su función es asegurarse de que los beneficiarios de Medicare
 - Obtengan la información y ayuda que necesitan
 - Entiendan sus opciones Medicare
 - Hagan uso de sus derechos y protecciones
 - Le reporta al Congreso
- Puede identificar y hacer un seguimiento de asuntos relacionados con
 - Las políticas de pagos
 - Las políticas de cobertura

Otra protección para las personas con Medicare es la oficina del Intermediario del Beneficiario de Medicare. El Intermediario trabaja para asegurarse de que las personas con Medicare obtengan la información y la ayuda que necesitan para entender las opciones que les ofrece Medicare y hacer uso de sus derechos y protecciones.

El Intermediario puede identificar asuntos y problemas relacionados con los pagos y la cobertura, pero no aboga por aumentos en los pagos del programa o nueva cobertura de los servicios.

Cómo Ayuda el Intermediario de Medicare

- Le garantiza la respuesta oportuna de la organización si usted
 - Necesita ayuda para apelar una decisión
 - Tiene un problema para inscribirse o cancelar un Plan MA
 - Tiene preguntas sobre las primas de Medicare
 - Necesita ayuda para comprender sus derechos/protecciones

El Intermediario de Medicare trabaja para asegurarse de que la organización que debería ayudarle con sus quejas, apelaciones, inquietudes o preguntas sobre Medicare trabaje correctamente y le responda de manera oportuna.

Por ejemplo, el Intermediario del Beneficiario de Medicare le puede ayudar si

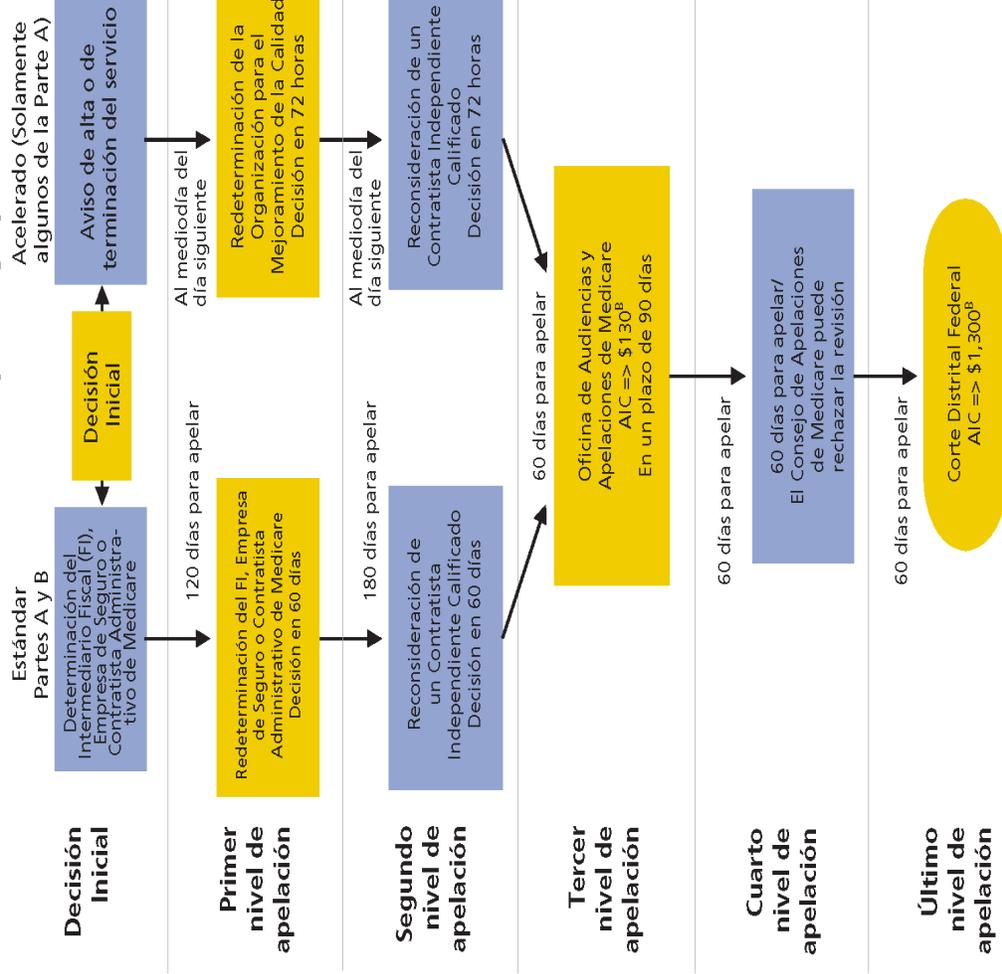
- Usted necesita ayuda para apelar una decisión.
- Tiene algún problema para inscribirse o cancelar un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), otro plan Medicare o un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.
- Usted tiene preguntas sobre las primas de Medicare.
- Necesita ayuda para entender sus derechos y protecciones de Medicare.

Guía de recursos sobre los derechos y protecciones de Medicare

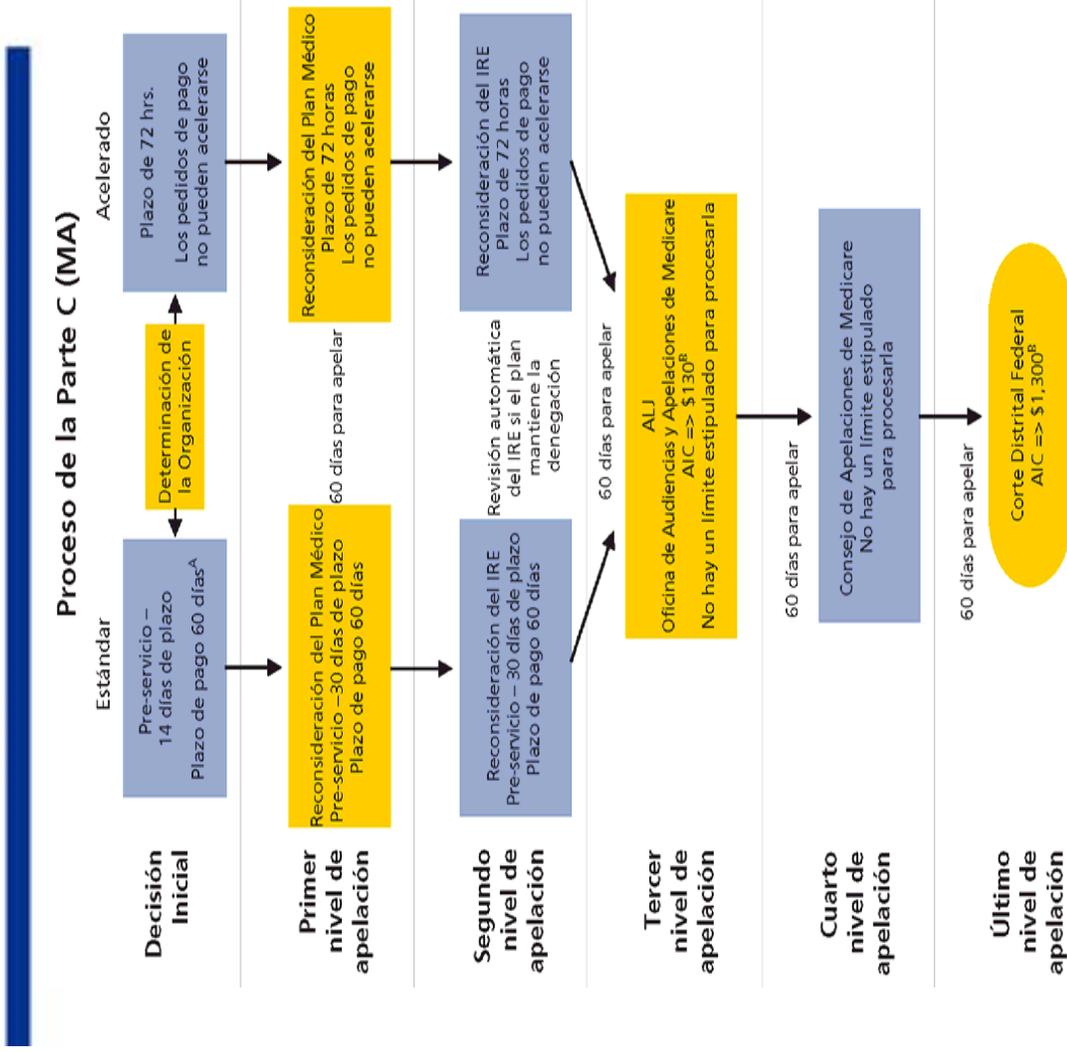
Recursos	Productos de Medicare
<p>Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048) www.Medicare.gov</p> <p>cms.gov/center/ombudsman.asp</p> <p>Medicare.gov/basics/appealsoverview.asp</p> <p>www.cms.gov/bni (Iniciativa de Aviso al Beneficiario)</p> <p>Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos hhs.gov/ocr/office/index.html 1-866-627-7748 1-800-537-7697 para usuarios de TTY</p> <p>Organización Estatal para Mejoras de Calidad (QIO)* 05/01/2013</p>	<p>Manual de Medicare y Usted Producto de CMS No. 10050</p> <p>Sus Derechos y Protecciones de Medicare Producto de CMS No. 10112</p> <p>Para acceder a estos productos: Vea y encargue copias individuales en Medicare.gov</p> <p>Para encargar copias múltiples (socios solamente), vaya a productordering.cms.hhs.gov. Tiene que registrar su organización.</p>
<p>Entidad de Revisión Independiente (solo para reclamos de MA y de Parte D)*</p> <p>Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico(SHIP)*</p> <p>Junta de Jubilación del Ferrocarril de los EE.UU. www.rrb.gov</p> <p>www.HHS.gov</p> <p>Manual de Cuidado Administrado de Medicare, Capítulo 13, Agravios de Beneficiarios, Org. Determinaciones y Apelaciones: http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/mc86c13.pdf</p> <p>*Para obtener los números de teléfono, llame a CMS 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 1-877-486-2048 para los usuarios de TTY</p> <p>Sus Derechos y Protecciones de Medicare</p>	<p>Sus Derechos y Protecciones de Medicare</p>

Anexo A: Niveles de apelación de las Partes A y B

Proceso de las Partes A y B (Pago-por-Servicio)

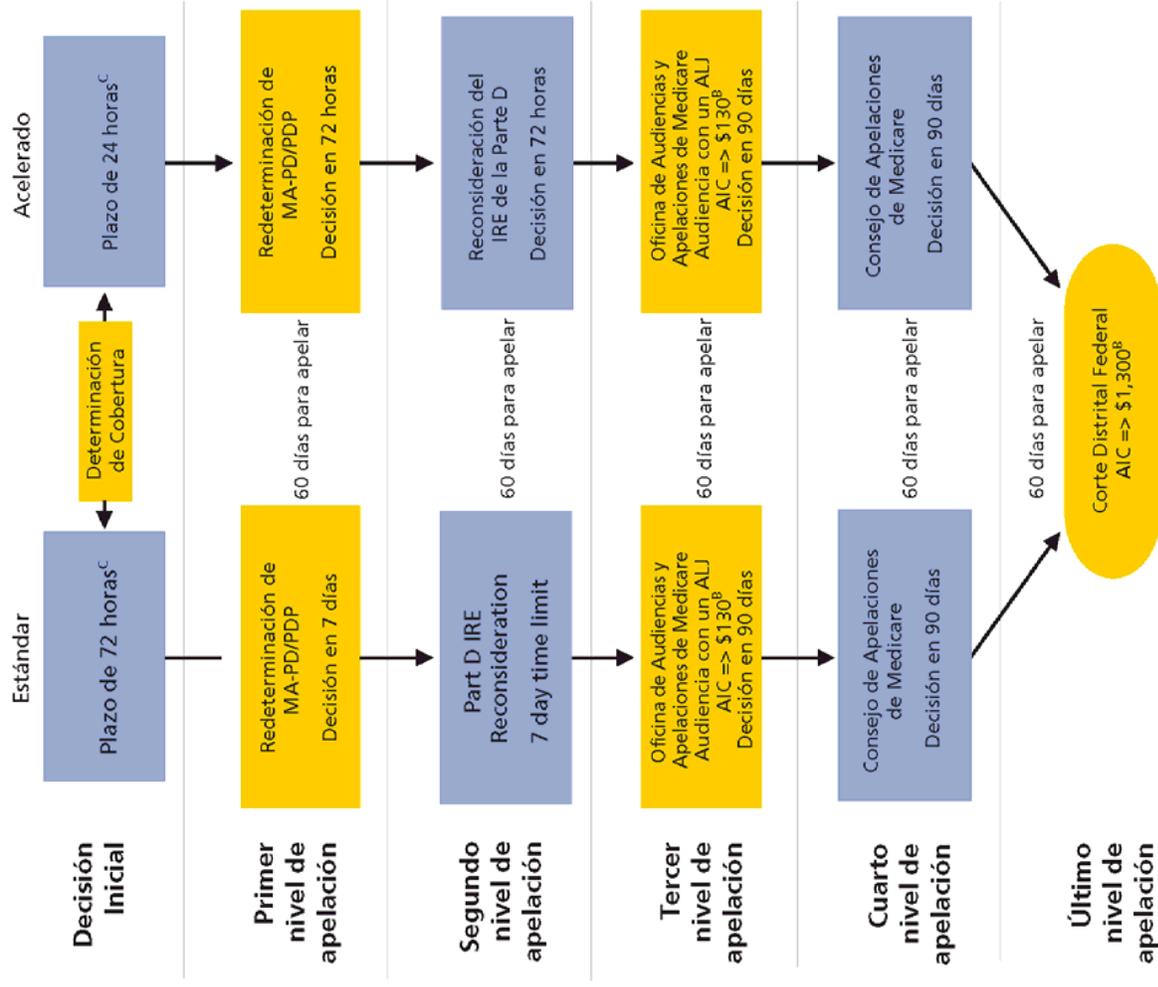


Apéndice B: Niveles de Apelación de Parte C



Apéndice C: Niveles de Apelación de Parte D

Proceso de la Parte D (Medicamentos Recetados)



Apéndice C: Aviso Anticipado de Falta de Cobertura para el Beneficiario (ABN)

A. Notifier:
 B. Patient Name:
 C. Identification Number:

Advance Beneficiary Notice of Noncoverage (ABN)

NOTE: If Medicare doesn't pay for D. _____ below, you may have to pay. Medicare does not pay for everything, even some care that you or your health care provider have good reason to think you need. We expect Medicare may not pay for the D. _____ below.

D.	E. Reason Medicare May Not Pay:	F. Estimated Cost

WHAT YOU NEED TO DO NOW:

- Read this notice, so you can make an informed decision about your care.
 - Ask us any questions that you may have after you finish reading.
 - Choose an option below about whether to receive the D. _____ listed above.
- Note:** If you choose Option 1 or 2, we may help you to use any other insurance that you might have, but Medicare cannot require us to do this.

G. OPTIONS: Check only one box. We cannot choose a box for you.

- OPTION 1.** I want the D. _____ listed above. You may ask to be paid now, but I also want Medicare billed for an official decision on payment, which is sent to me on a Medicare Summary Notice (MSN). I understand that if Medicare doesn't pay, I am responsible for payment, but I can appeal to Medicare by following the directions on the MSN. If Medicare does pay, you will refund any payments I made to you, less co-pays or deductibles.
- OPTION 2.** I want the D. _____ listed above, but do not bill Medicare. You may ask to be paid now as I am responsible for payment. I cannot appeal if Medicare is not billed.
- OPTION 3.** I don't want the D. _____ listed above. I understand with this choice I am not responsible for payment, and I cannot appeal to see if Medicare would pay.

H. Additional Information:

This notice gives our opinion, not an official Medicare decision. If you have other questions on this notice or Medicare billing, call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227/TTY: 1-877-486-2048).

Signing below means that you have received and understand this notice. You also receive a copy.

I. Signature:

J. Date:

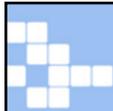
According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-0566. The time required to complete this information collection is estimated to average 7 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Form CMS-R-131 (03/11)

Form Approved OMB No. 0938-0566

Acronyms

ABN	Aviso Anticipado al Beneficiario de Falta de Cobertura
AID	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
ALJ	Juez de Derecho Administrativo
CHIP	Seguro Médico para los Niños
CORF	Centro Amplio de Rehabilitación Ambulatoria
CPR	Resucitación Cardiopulmonar
DHHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos
DME	Equipo Médico Duradero
EOC	Evidencia de Cobertura
ESRD	Enfermedad Renal Terminal
HHA	Agencia de Cuidado de la Salud en el Hogar
HHABN	Aviso Anticipado al Beneficiario de la Agencia de cuidado de la salud en el hogar
HINN	Aviso de No cobertura del Hospital
HIV	Virus de Inmunodeficiencia Humana
HMO	Organización para el Mantenimiento de la Salud
IRE	Entidad de Revisión Independiente
MA	Medicare Advantage
MAC	Consejo de Apelaciones de Medicare
MSN	Resumen de Medicare
OCR	Oficina de Derechos Civiles
PHI	Información Médica Personal
PPO	Organización de Proveedor Preferido
QIC	Contratista Independiente Calificado
QIO	Organización para Mejoras de la Calidad
SHIP	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico
SNF	Centro de Enfermería Especializada
SNFABN	Aviso Anticipado al Beneficiario del Centro de Enfermería Especializada
TTY	Teletipo/Teléfono de texto



Este módulo fue ofrecido por

El Programa Nacional de Entrenamiento de CMS

Si tiene preguntas sobre estos materiales de entrenamiento, envíe un correo electrónico a Training@cms.hhs.gov

Para ver todos los materiales NTP o para suscribirse a nuestra listserv (lista de servicios), visite <http://cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html>