



El Módulo 2, “Derechos y Protecciones de Medicare,” explica los derechos y protecciones que se le otorgan tanto si se inscribe en Medicare Original, como en un Plan Medicare Advantage (como en una Organización de Mantenimiento de la Salud o una Organización de Proveedor Preferido), en otro plan de salud de Medicare (como un Plan de Costo de Medicare o un Programa de Atención con Todo incluido para pacientes mayores), o un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

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 niños (CHIP) y el Mercado de Seguros Médicos facilitado federalmente.

La información de este módulo era correcta al mes de mayo de 2015. Para buscar una versión actualizada de este módulo de capacitación, visite [CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html](https://www.cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram/index.html)

El Programa Nacional de Capacitación CMS brinda este documento como un recurso informativo para nuestros socios. No se trata de un documento legal ni tiene fines de prensa. La prensa puede comunicarse con la Oficina de Prensa de CMS en press@cms.hhs.gov. La guía legal oficial del programa de Medicare está contenida en las leyes, regulaciones y disposiciones relevantes.

Objetivos de la sesión

- Esta sesión debe ayudarlo a:
 - Explicar los derechos y protecciones Medicare
 - Reconocer los derechos en determinados entornos de atención médica
 - Resumir las prácticas de privacidad de Medicare
 - Localizar información y recursos adicionales

Esta sesión debe ayudarlo a:

- Explicar derechos y protecciones específicos de Medicare para las personas que cuentan con Medicare
- Reconocer los derechos en determinados entornos de atención médica
- Resumir las prácticas de privacidad de Medicare
- Localizar información y recursos adicionales

Lección 1—Derechos de Medicare

- Derechos garantizados para todos aquellos que tienen Medicare
 - Derechos específicos de
 - A. Medicare/Medicare Original
 - B. Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare
 - C. Planes de Medicamentos Recetados de Medicare
- En general, estos derechos
 - Lo protegen cuando recibe atención médica
 - Lo protegen contra prácticas no éticas
 - Se aseguran de que reciba servicios necesarios por razones médicas
 - Proteger su privacidad

La Lección 1, “Derechos Medicare”, explica que sin importar cómo reciba su plan Medicare, siempre tiene determinados derechos y protecciones garantizados. Brindaremos información acerca de derechos adicionales que son específicos, según la manera en que elige recibir su cobertura Medicare.

- A. Medicare/Medicare Original
- B. Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare
- C. Cobertura Medicare para recetas médicas

Sus derechos y protecciones Medicare están diseñados para

- Protegerlo cuando recibe atención médica
- Protegerlo contra prácticas no éticas
- Asegurar que reciba servicios necesarios por razones médicas que la ley establece que puede recibir
- Proteger su privacidad

Sus Derechos Medicare

Tiene derecho a

- Ser tratado con dignidad y respeto
- Ser protegido contra la discriminación
 - Raza, color o nacionalidad
 - Sexo
 - Edad
 - Incapacidad
- Si cree que no lo han tratado de manera justa, visite [HHS.gov/ocr](https://www.hhs.gov/ocr)
 - Llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019
 - Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-800-537-7697.

Si tiene Medicare, tiene derecho a

- Ser tratado con dignidad y respeto en todo momento
- Ser protegido contra la discriminación
 - La discriminación es contra la ley. Todas las empresas o agencias que trabajan con Medicare deben cumplir la ley y no pueden tratarlo de manera discriminatoria debido a su
 - Raza, color o nacionalidad
 - Sexo
 - Edad
 - Incapacidad

Estas protecciones, en general, están limitadas a quejas por discriminación presentadas contra proveedores de servicios sociales y de atención médica, que reciben asistencia financiera federal.

Si cree que no lo han tratado de manera justa por cualquiera de las razones anteriores, llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles, al 1-800-368-1019. Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-800-537-7697. Para más información, visite [HHS.gov/ocr](https://www.hhs.gov/ocr).

Medicare y sus Derechos a la Información

Tiene derecho a

- Que su información de salud personal se mantenga privada
- Obtener información comprensible de
 - Medicare
 - Proveedores de atención médica
 - Contratistas de Medicare

Si tiene Medicare, cuenta con los siguientes derechos a la información:

- Que su información personal y de salud se mantenga privada
 - Saber más acerca de este derecho
 - Si tiene Medicare Original, consulte “Aviso de Prácticas de Privacidad para Medicare Original” en su manual “Medicare y Usted”. Para ver o descargar, visite [Medicare.gov/pubs/pdf/10050.pdf](https://www.Medicare.gov/pubs/pdf/10050.pdf) (también puede solicitar una copia).
 - Si tiene Plan Medicare Advantage, otro plan de salud de Medicare o un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, lea los materiales de su plan.
- Para obtener información comprensible de
 - Medicare
 - Proveedores de atención médica
 - Contratistas de Medicare

Derechos Medicare—Ayuda disponible

Tiene derecho a

- Recibir información para ayudarlo a tomar decisiones
 - Saber qué cubre su plan
 - Saber qué paga Medicare
 - Saber cuánto debe pagar usted
 - Qué debe hacer para presentar una queja o apelación
- Recibir respuestas a sus preguntas relacionadas con Medicare
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

Si tiene Medicare, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir información comprensible acerca de Medicare para ayudarlo a tomar decisiones de atención médica, incluidos los servicios que cubre su plan; qué paga Medicare; cuánto debe pagar usted; y qué debe hacer para presentar una queja o apelación.
- Recibir respuestas a sus preguntas relacionadas con Medicare.
 - Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP). Para aprovechar al máximo los números de teléfono SHIP actualizados, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.Medicare.gov/contacts) o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Llame a su plan, si tiene Plan Medicare Advantage, otro plan de salud de Medicare o un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, si tiene preguntas acerca de la manera en que cubren artículos, servicios o medicamentos.

Derechos Medicare y Acceso a la Atención Médica

Tiene derecho a

- Acceder a médicos, especialistas, hospitales
- Conocer sus opciones de tratamiento
 - En un lenguaje claro
 - Participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento
- Recibir servicios de atención médica
 - En un idioma que usted comprenda
 - De una manera que tenga en cuenta sus especificidades culturales
- Recibir cuidado de emergencia cuando y donde lo necesite
 - Si su salud está en riesgo y se necesita ayuda de emergencia, llame al 911

Si tiene Medicare, tiene derecho a lo siguiente:

- Acceder a médicos, especialistas y hospitales
- Conocer sus opciones de tratamiento en un idioma que comprenda y a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento. Si no puede participar por completo en las decisiones relacionadas con su tratamiento, pida a un miembro de su familia, a un amigo o a una persona de su confianza que lo ayude a tomar decisiones, acerca de qué tratamiento es el mejor para usted.
- Recibir servicios de atención médica en un idioma que comprenda y que considere sus especificidades culturales.
 - Para más información acerca de cómo recibir servicios de atención médica en otro idioma que no sea inglés, visite [HHS.gov/ocr](https://www.hhs.gov/ocr), o llame a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-800-537-7697.
- Recibir cuidado de emergencia cuando y donde la necesite
 - Si su salud está en riesgo como resultado de una lesión grave, enfermedad repentina o una enfermedad que se agrava con rapidez, llame al 911. Puede recibir cuidado de emergencia en cualquier lugar de Estados Unidos.

Para conocer más acerca de la cobertura Medicare de cuidados de emergencia en Medicare Original, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

En un Plan Medicare Advantage u otro plan de Salud de Medicare, revise los materiales de su plan.

Derechos Medicare—Reclamaciones y Apelaciones

Tiene derecho a

- Presentar una reclamación por pago ante Medicare
- Obtener decisiones acerca de
 - Pagos de atención médica
 - Cobertura de servicios
 - Cobertura de medicamentos recetados
- Obtener una apelación (revisión) de las decisiones anteriores

Si tiene Medicare, tiene derecho a lo siguiente:

- Presentar una reclamación por pago ante Medicare y obtener una decisión acerca del pago de atención médica, o medicamentos recetados, incluso cuando su médico indique que Medicare no pagará determinado artículo o servicio.
 - Cuando se presenta una reclamación, usted recibe un aviso de Medicare que le informa qué estará cubierto y qué no. Esto podría diferir de lo que indica su médico. Si no está de acuerdo con la decisión de Medicare acerca de su reclamación, tiene derecho a apelar.
- Presente una apelación, si está en desacuerdo con una decisión acerca de un pago de atención médica, cobertura de servicios o cobertura de medicamentos recetados.
 - Para obtener más información sobre las apelaciones, visite [Medicare.gov/appeals](https://www.medicare.gov/appeals).
 - Para recibir ayuda para presentar una apelación, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) de su estado. Para aprovechar al máximo los números de teléfono SHIP actualizados, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.medicare.gov/contacts) o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Si tiene Plan Medicare Advantage, otro plan de salud de Medicare o un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, lea los materiales de su plan.

Derechos Medicare a Queja Formal

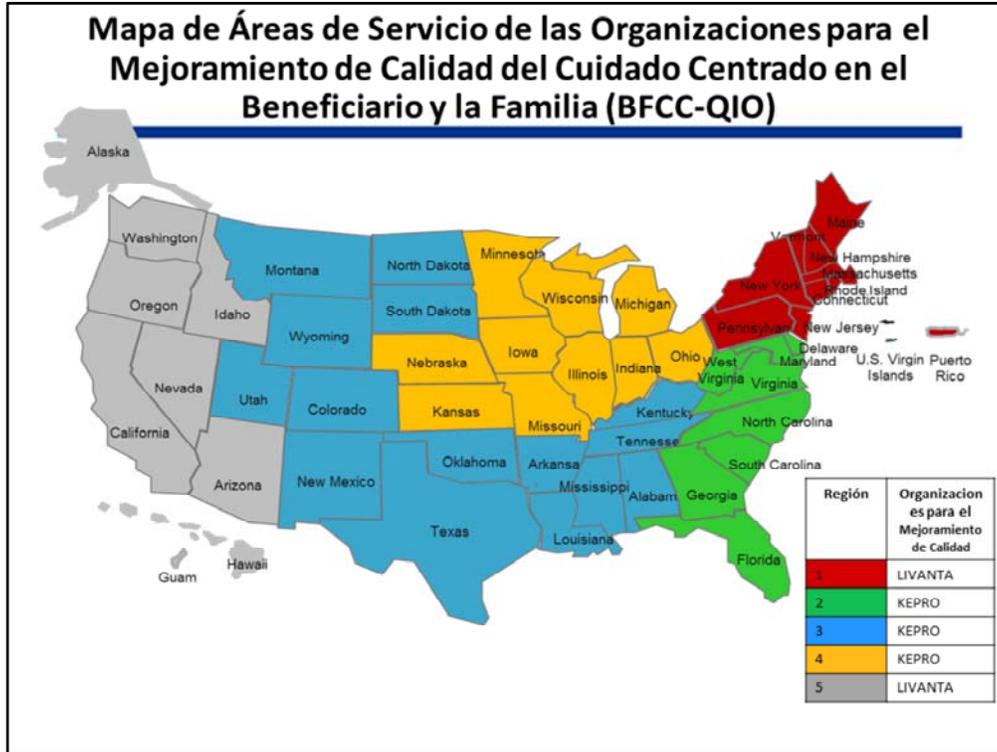
Tiene derecho a

- Presentar quejas (llamadas quejas formales) acerca de
 - Servicios que recibió
 - Otros temas o problemas para recibir atención médica y calidad de cuidados
 - En Medicare Original, llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)
 - En Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare, llame a su plan, al BFCC-QIO o a ambos
 - Si padece Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD), llame a la red ESRD de su estado

Si tiene Medicare, tiene derecho a lo siguiente:

- Presentar quejas (también llamadas quejas formales) acerca de servicios que recibió, otros temas o problemas que tenga para recibir atención médica y la calidad de la atención médica que recibió.
- Si tiene consultas acerca de la calidad de cuidados que está recibiendo
 - En Medicare Original, llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) en su región, para presentar una queja. Visite [Medicare.gov/contacts](https://www.medicare.gov/contacts) para obtener el número de teléfono de BFCC-QIO, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.
 - En Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare, llame al BFCC-QIO, a su plan o a ambos.
 - Si padece Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) y desea presentar una queja acerca de la atención que recibió, llame a la red ESRD de su estado. Para obtener el número de teléfono, visite [Medicare.gov/contacts](https://www.medicare.gov/contacts) o llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

NOTA: La diapositiva siguiente muestra un mapa de BFCC-QIOs por región.



Existen 2 Organizaciones para el Mejoramiento de la Calidad Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIOs) que revisan los problemas y las apelaciones de altas relacionadas con la atención médica: KEPRO y Livanta. Esta diapositiva muestra un mapa de las áreas de servicio de BFCC-QIOs.

Existen 5 regiones a cargo de KEPRO o Livanta:

KEPRO Área 2: Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Maryland, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Virginia y Virginia Occidental. Llame al 1-844-455-8708.

KEPRO Área 3: Alabama, Arkansas, Colorado, Kentucky, Louisiana, Mississippi, Montana, Nuevo México, Dakota del Norte, Oklahoma, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah y Wyoming. Llame al 1-844-430-9504.

KEPRO Área 4: Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Michigan, Minnesota, Missouri, Nebraska, Ohio y Wisconsin. Llame al 1-855-408-8557.

El número para teléfono texto (TTY) para *todas* las áreas KEPRO es 1-855-843-4776.

Para más información, visite keproqio.com/bene/helpline.aspx.

Livanta Área 1: Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Nueva Jersey, Nueva York, Pennsylvania, Puerto Rico, Rhode Island, Vermont y las Islas Vírgenes. Llame al 1-866-815-5440. El número para teléfono texto (TTY) es 1-866-868-2289. Para más información, visite bfccqioarea1.com/faq.html.

Livanta Área 5: Alaska, Arizona, California, Hawaii, Idaho, Nevada, Oregon y el Estado de Washington. Llame al 1-877-588-1123. El número para teléfono texto (TTY) es 1-855-887-6668. Para más información, visite bfccqioarea5.com/faq.html.

Pruebe su conocimiento—Pregunta 1

Si tiene Medicare, ¿cuáles de los derechos siguientes le corresponden?

- a. Conocer sus opciones de tratamiento en un idioma claro y comprensible
- b. Que su información de salud personal se mantenga privada
- c. Recibir servicios de cuidado de emergencia cuando y donde los necesite
- d. Todo lo anterior

Pruebe su conocimiento—Pregunta 1

Si tiene Medicare, ¿cuáles de los derechos siguientes le corresponden?

- a. Conocer sus opciones de tratamiento en un idioma claro y comprensible
- b. Que su información de salud personal se mantenga privada
- c. Recibir servicios de cuidado de emergencia cuando y donde lo necesite
- d. Todo lo anterior

Respuesta: d. Todo lo anterior

Algunos de sus derechos de Medicare incluyen el derecho a

- Ser tratado con dignidad y respeto
- Ser protegido contra la discriminación
- Que su información de salud personal se mantenga privada
- Obtener información de manera comprensible
- Recibir información para ayudarlo a tomar decisiones
- Conocer sus opciones de tratamiento
- Recibir cuidado de emergencia cuando y donde lo necesite

Pruebe su conocimiento—Pregunta 2

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) maneja quejas (en ocasiones llamadas “quejas formales”), que incluyen quejas acerca de la calidad de la atención médica que recibe.

- a. Verdadero
- b. Falso

Pruebe su conocimiento—Pregunta 2

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) maneja quejas (en ocasiones llamadas “quejas formales”), que incluyen quejas acerca de la calidad de la atención médica que recibe.

- a. Verdadero
- b. Falso

Respuesta: a. Verdadero

Una queja formal es una queja acerca de servicios que recibió, otros temas o problemas que tenga para recibir atención médica y la calidad de la atención médica que recibió. La BFCC-QIO será la QIO que manejará todas las quejas de beneficiarios y las revisiones de la calidad del cuidado, para asegurar consistencia en el proceso de revisión del caso.

A. Sus derechos en Medicare Original

- Consulte a cualquier médico o especialista participante en Medicare
- Visitar cualquier hospital certificado con Medicare
- Reciba información cuando se espera que Medicare no pague o cuando Medicare directamente no paga determinados servicios de atención médica
 - Avisos
 - Derechos de Apelación

Sus derechos, cuando se inscribe en Medicare Original, incluyen los siguientes:

- Consultar a cualquier médico u hospital participante en Medicare (incluidos especialistas en Ginecología)
- Visitar cualquier hospital certificado con Medicare
- Obtener determinada información, como avisos y derechos de apelación, que lo ayuden a resolver problemas cuando se espera que Medicare no pague o cuando directamente no paga determinados servicios de atención médica

Derechos de Apelación en Medicare Original

- Presentar una apelación si
 - Un servicio o artículo no está cubierto
 - Y usted cree que debe haber tenido cobertura
 - Se rechaza un pago por servicio o artículo
 - Y cree que Medicare debió haber pagado
 - Usted cuestiona el importe que Medicare pagó por un servicio

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

Puede presentar una apelación si

- Un servicio o artículo que recibió no está cubierto o usted cree que debió haber estado cubierto
- Se rechaza el pago de un servicio o artículo y cree que Medicare debió haber pagado
- Usted cuestiona el importe que Medicare pagó por un servicio

Cómo apelar en Medicare Original

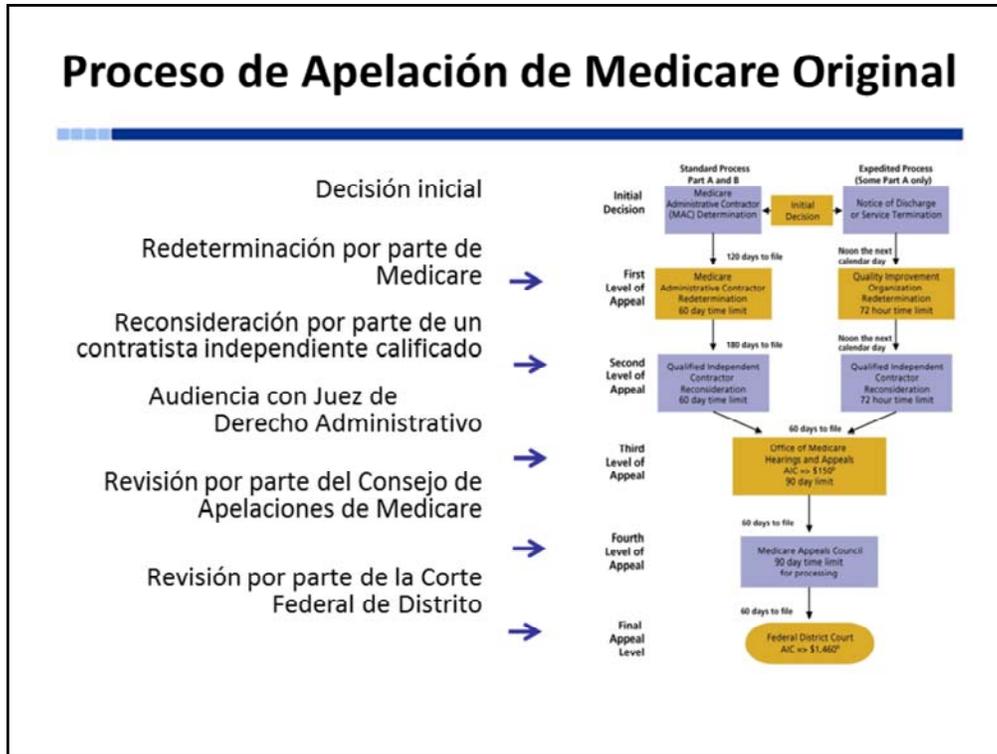
- El “Resumen de Medicare” le indicará
 - Por qué Medicare no pagó
 - Cómo apelar
 - Adónde presentar una apelación
 - Cuánto tiempo tiene para apelar
- Recopila información que podría ayudarlo con su caso
- Guarda una copia de todo lo que envía a Medicare

En Medicare Original, cuando los proveedores y suministradores facturan a Medicare, recibirá un “Resumen de Medicare.” Este aviso le informará lo siguiente:

- Por qué Medicare no pagó
- Cómo apelar
- Adónde presentar una apelación
- Cuánto tiempo tiene para presentar una apelación

Si decide apelar, solicite a su médico, proveedor de atención médica o suministrador de equipo médico duradero toda la información que pudiera ayudarlo con su caso. Guarde una copia de todo lo que envíe a Medicare, como parte de su apelación.

Proceso de Apelación de Medicare Original



Existen 5 niveles en el proceso de apelación en las Partes A y B de Medicare Original (honorarios por servicio). Consulte la sección de asistencia laboral en [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html) para ver un gráfico de las Partes A, B, C y D de los procesos de apelaciones.

Existe un proceso estándar y un proceso acelerado (rápido). Es importante notar que para un proceso de apelación acelerado, un proveedor debe decidir dar por terminados los servicios o darle el alta.

- 1. Redeterminación por parte de la empresa que maneja las reclamaciones para Medicare dentro de los 120 días** desde la fecha en que recibe el “Resumen de Medicare” (MSN). Detalles acerca del MSN.
- 2. Reconsideración por parte de un contratista independiente calificado (QIC)** (contratista que no participó en la primera decisión). Detalles incluidos en el aviso de redeterminación.

Comuníquese con su Organización para el Mejoramiento de Calidad (QIO) antes del mediodía del día anterior en el que terminan los servicios cubiertos por Medicare, para solicitar una apelación rápida.

- 3. Audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ).** El importe de su reclamación debe cumplir un importe mínimo en dólares (\$150 en 2015), que se actualiza cada año. Envíe la solicitud a la oficina del ALJ detallada en el aviso de reconsideración.
- 4. Revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC).** Los detalles acerca de cómo hacer la presentación están incluidos en la decisión de la audiencia del ALJ. No existe un importe mínimo en dólares para que el MAC revise su apelación.
- 5. Revisión por parte de la Corte Federal de Distrito.** Para obtener la revisión por parte de una corte federal, el importe restante en controversia de su caso debe cumplir un importe mínimo en dólares (\$1,460 en 2015), que se actualiza cada año.

NOTA: Consulte los Apéndices A y D para obtener una copia de tamaño real del proceso de apelación de Medicare Original (Partes A y B) y de las notas al pie de los gráficos.

Apelaciones rápidas en Medicare Original

- Consulte a su proveedor para solicitar información relacionada con su caso
- Llame a la Organización para Mejoras de Calidad para el Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)
 - Para solicitar una apelación rápida (acelerada)
 - No demore más tiempo del indicado en el aviso
- Si no respeta la fecha límite,
 - aún así tendrá derechos de apelación
 - Comuníquese con su BFCC-QIO para solicitar apelaciones posteriores

Puede solicitar a su médico o proveedor de atención médica cualquier información que podría asistir en su caso, si decide presentar una apelación rápida (acelerada)*.

Debe llamar a su oficina regional de Organización para el Mejoramiento de la Calidad Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) para solicitar una apelación rápida, sin superar el mediodía del día anterior al que indique su aviso, en que terminará su cobertura.

- El número de la BFCC-QIO de su región debe aparecer en su aviso de alta. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Si no cumple la fecha límite, aún así tiene derechos de apelación:

- Si tiene Medicare Original, llame a su BFCC-QIO local.
- Si está en el Plan Medicare Advantage u otros planes de salud de Medicare, llame a su plan. Busque en sus materiales del plan para obtener el número de teléfono.

Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP), si necesita ayuda para presentar una apelación. Encontrará información de contacto de SHIP en la página “Contactos Útiles de Medicare” en [Medicare.gov/contacts/](https://www.Medicare.gov/contacts/). Seleccione su estado o territorio de EE.UU. de la lista desplegable a continuación.

Para más información, consulte la publicación de CMS “Apelaciones de Medicare” en [Medicare.gov/Pubs/pdf/11525.pdf](https://www.Medicare.gov/Pubs/pdf/11525.pdf).

***NOTA:** Su solicitud será rápida, si su plan o su médico determinan, con suficiente documentación de respaldo, que esperar una decisión de servicio estándar podría poner en riesgo grave su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima.

Tipos de Avisos de Responsabilidad para personas con Medicare Original

- “Preaviso de no cobertura al beneficiario”
- “Preaviso al beneficiario de Cuidados en instalaciones de enfermería especializadas”
- “Preaviso de no cobertura emitido por el hospital”

Existen 3 Tipos de Avisos de Responsabilidad para personas con Medicare Original. Estos avisos explican que podría ser responsable del costo de determinados servicios, bajo ciertas condiciones. Los avisos incluyen

- **“Preaviso de no cobertura al beneficiario” (ABN)**—Utilizado por proveedores y suministradores de artículos y servicios de Medicare Parte B (Seguro Médico). También se utiliza en hospicios e instituciones de atención médica religiosas, no médicas, que brindan artículos y servicios de Medicare Parte A (Seguro de Hospital).

Existen otros tipos de avisos de responsabilidad para personas con Medicare Original que se utilizan en entornos de atención médica específicos. Como el ABN, estos avisos explican que podría ser responsable del costo de determinados servicios, bajo ciertas condiciones. Estos avisos incluyen

- **“Cuidados en instalaciones de enfermería especializadas”**—Sólo utilizados para cuidados en instalaciones de enfermería especializadas
- **“Preaviso de no cobertura emitido por el hospital”**—Utilizado para internación hospitalaria, cuando el hospital considera que Medicare podría no pagar el total o parte de su atención médica

Puede ver los avisos en [CMS.gov/bni/](https://www.cms.gov/bni/).

Protección de Medicare Original ante facturas inesperadas

- “Preaviso de no cobertura al beneficiario”
 - Brindado por el proveedor o suministrador de atención médica
 - Indica que es probable que Medicare no pague un artículo o servicio
 - No se requiere para artículos o servicios excluidos bajo la ley
 - Le pedirá que elija si desea recibir servicios
 - Le solicitará que confirme que ha leído/comprendido el aviso

Está protegido de facturas inesperadas. Si su proveedor de atención médica o suministrador cree que Medicare no pagará determinados artículos o servicios, en muchas situaciones le enviarán un aviso que indica que es probable que Medicare no pague por un artículo o servicio, bajo Medicare Original, y le explicará por qué. Esto se denomina “Preaviso de no cobertura al beneficiario (ABN).” Los proveedores y suministradores de artículos y servicios de Medicare Parte B (Seguro Médico) utilizan el ABN. También se utiliza en agencias de cuidado de la salud en el hogar, hospicios e instituciones de atención médica religiosas, no médicas, que brindan artículos y servicios de Medicare Parte A (Seguro de Hospital).

Se le solicitará que elija una opción en el formulario ABN y que lo firme, para declarar que ha leído y comprendido el aviso. Si elige obtener los artículos o servicios detallados en el ABN, deberá pagar, si es que Medicare no lo hace. En algunos casos, es posible que el proveedor solicite el pago en el momento de recibir el servicio.

Los proveedores (incluidos laboratorios independientes), médicos, practicantes y suministradores usarán un ABN (Formulario CMS-R-131) para situaciones en las que se supone que se rechazará el pago de Medicare, porque el artículo o servicio podría no ser razonable ni necesario.

No es necesario que los médicos y los suministradores le entreguen un formulario ABN por servicios que Medicare nunca cubre (es decir, excluidos según las leyes de Medicare), como exámenes de la vista rutinarios, servicios odontológicos, audífonos y servicios de podología rutinarios. Sin embargo, podrían entregarle voluntariamente un ABN por artículos y servicios excluidos por Medicare como cortesía.

NOTA: Consulte el Apéndice E para obtener una copia del ABN. También está disponible en [CMS.gov/Medicare/Medicare-General-information/BNI/index.html](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-information/BNI/index.html).

Derechos Medigap en Medicare Original

- Comprar una póliza privada de Asegurador Suplementario de Medicare (Medigap)
 - Derechos de Emisión Garantizada en su Período de Inscripción Abierta de Medigap que aseguran las Compañías de seguro
 - No pueden rechazar su cobertura Medigap
 - No pueden condicionar su cobertura
 - Deben cubrir las condiciones preexistentes
 - No pueden cobrar más debido a problemas de salud pasados o presentes
 - Algunos estados otorgan derechos adicionales

Una póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare) es una póliza de seguro médico vendido por compañías de seguro privadas, para cubrir los espacios vacíos que deja la cobertura de Medicare Original, como importes de coseguro.

Sus derechos, cuando se inscribe en Medicare Original, incluyen los siguientes:

- En algunas situaciones, usted tiene derecho a comprar una póliza Medigap.
 - Las pólizas Medigap deben cumplir las leyes federales y estatales que lo protegen. La carátula de la póliza Medigap debe identificarla con claridad como “Seguro Suplementario de Medicare.”
 - Las compañías de seguros de Medigap en la mayoría de los estados (excepto Massachusetts, Minnesota y Wisconsin) solo pueden vender una póliza Medigap “estandarizada”. Estas pólizas están identificadas por las letras A, B, C, D, F, G, K, L, M y N. Los beneficios en cualquier plan Medigap identificado con la misma letra son iguales, independientemente de la compañía de seguros a quien le compre la póliza.
- Usted tiene derecho a comprar una póliza de Medigap durante su Período de Inscripción Abierta de Medigap, un período de 6 meses que comienza automáticamente el mes en que cumple 65 años, y se inscribe en Medicare Parte B, y cuando termina, no puede volver a comprarla.
- Cuando tenga derechos de emisión garantizada, la póliza de Medigap
 - no puede rechazar su cobertura de Medigap ni aplicar condiciones a su póliza
 - Debe cubrir las condiciones preexistentes
 - No pueden cobrar más por una póliza debido a problemas de salud pasados o presentes
- Algunos estados ofrecen derechos adicionales para comprar póliza de Medigap.

NOTA: Módulo 3, “Medigap (Seguro Suplementario de Medicare)” describe estas situaciones en [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/Training-Library.html).

El fallo Windsor

- 26 de junio de 2013: *Estados Unidos vs. Windsor*
 - La Corte Suprema determinó que la Sección 3 de la Ley de Defensa del Matrimonio (DOMA), según se establece en 1 U.S.C. § 7, es inconstitucional
- Ya no hay nada que impida que el gobierno federal reconozca los matrimonios entre personas del mismo sexo
- Para más información acerca de cómo el estado civil afecta al Seguro Social o a Medicare
 - Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778.
 - Visite su Oficina del Seguro Social local.

El 26 de junio de 2013, la Corte Suprema determinó, en *Estados Unidos vs. Windsor*, que la Sección 3 de la Ley de Defensa del Matrimonio (también conocida como DOMA) era inconstitucional. La Sección 3 de DOMA definía “matrimonio” y “cónyuge” de manera tal que excluía a los matrimonios y a los cónyuges del mismo sexo y, descartaba el reconocimiento del gobierno federal de los matrimonios y cónyuges del mismo sexo.

Después de la opinión de la Corte Suprema acerca del caso Windsor, la Sección 3 de DOMA ya no prohíbe que el gobierno federal reconozca a los matrimonios del mismo sexo, al administrar estatutos federales y programas y ya no controla la definición y reconocimiento de una relación matrimonial en ese contexto.

El estado civil es irrelevante para determinados privilegios, primas, beneficios y disposiciones de inscripción de Medicare. Para más información acerca de cómo el estado civil afecta al Seguro Social o Medicare, comuníquese con el Seguro Social.

- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778.
- Visite su Oficina del Seguro Social local.

Recursos del fallo Windsor

- Sitio web de CMS:
 - [Medicare.gov/sign-up-change-plans/same-sex-marriage.html](https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/same-sex-marriage.html)
- Sitio web de SSA:
 - ssa.gov/same-sex-couples/
 - Listado público de todas las pólizas
 - secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/subchapterlist!openview&restricttocategory=02002
 - Consulte la sección GN 00210 – Reclamaciones Windsor acerca de matrimonios del mismo sexo

Para más información acerca del fallo Windsor y para conocer preguntas frecuentes relacionadas con la inscripción en Medicare y parejas del mismo sexo, visite los enlaces detallados en esta diapositiva. Parte de la información incluida en los enlaces describe las pólizas para Parte A, sin prima, basada en las ganancias de un cónyuge del mismo sexo y para el período especial de inscripción cuando alguien tiene cobertura del empleador, basada en el empleo actual del cónyuge del mismo sexo.

El sitio web de CMS tiene información disponible en [Medicare.gov/sign-up-change-plans/same-sex-marriage.html](https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/same-sex-marriage.html).

El sitio web de la SSA tiene información disponible en ssa.gov/same-sex-couples/.

Para acceder a un listado de todas las pólizas, visite secure.ssa.gov/apps10/poms.nsf/subchapterlist!openview&restricttocategory=02002. Consulte la sección GN 00210 – Reclamaciones Windsor acerca de matrimonios del mismo sexo.

Pruebe su conocimiento—Pregunta 3

¿Qué documento identifica por qué no se pagó una reclamación presentada ante Medicare Original y cómo presentar una apelación?

- a. “Preaviso al beneficiario de Cuidados en instalaciones de enfermería especializadas”
- b. “Preaviso de no cobertura al beneficiario” (ABN)
- c. “Resumen de Medicare” (MSN)

Pruebe su conocimiento—Pregunta 3

¿Qué documento identifica por qué no se pagó una reclamación presentada ante Medicare Original y cómo presentar una apelación?

- a. “Preaviso al beneficiario Cuidados en instalaciones de enfermería especializadas”
- b. “Preaviso al beneficiario” (ABN)
- c. “Resumen de Medicare” (MSN)

Respuesta: c. “Resumen de Medicare” (MSN)”

El “Resumen de Medicare” le indicará

- Por qué Medicare no pagó
- Cómo presentar una apelación
- Adónde presentar una apelación
- Cuánto tiempo tiene para presentar una apelación

B. Sus derechos en los planes de salud Medicare Parte C

Tiene derecho a

- Elegir proveedores de atención médica dentro del plan
- Obtener un plan de tratamiento de su médico
 - Para condiciones médicas complejas o graves
 - Le permite consultar directamente a especialistas tantas veces como sea necesario

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

- Elegir proveedores de atención médica dentro del plan, para recibir la atención médica que necesita.
- Obtener un plan de tratamiento de su médico, si padece una condición médica compleja o grave. Un plan de tratamiento le permite consultar directamente a un especialista dentro del plan, tantas veces como sea necesario, según lo considere su médico y usted mismo. Las mujeres tienen derecho a consultar a un especialista en ginecología directamente dentro del plan, sin necesidad de que la refieran, para servicios de atención médica de rutina y servicios preventivos.

NOTA: Los planes de la Organización de Mantenimiento de la Salud de Medicare Advantage (HMO) y de la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) son planes de salud coordinados. En la mayoría de los casos, deben referirlo para consultar a un especialista de los planes HMO. Sin embargo, Medicare Parte C, es decir, el programa Medicare Advantage, también incluye Plan Privado de Pago-por-Servicio (PFFS) y Plan de Cuenta de Ahorro Medicare (MSA). Los planes PFFS y MSA no son planes de atención médica coordinados para los afiliados, por lo cual los miembros de estos tipos de planes no tendrán, necesariamente, una red de proveedores ni se les solicitará que un proveedor coordine su atención médica.

Cobertura y Derechos de Apelación en Planes de Salud de Medicare

Tiene derecho a

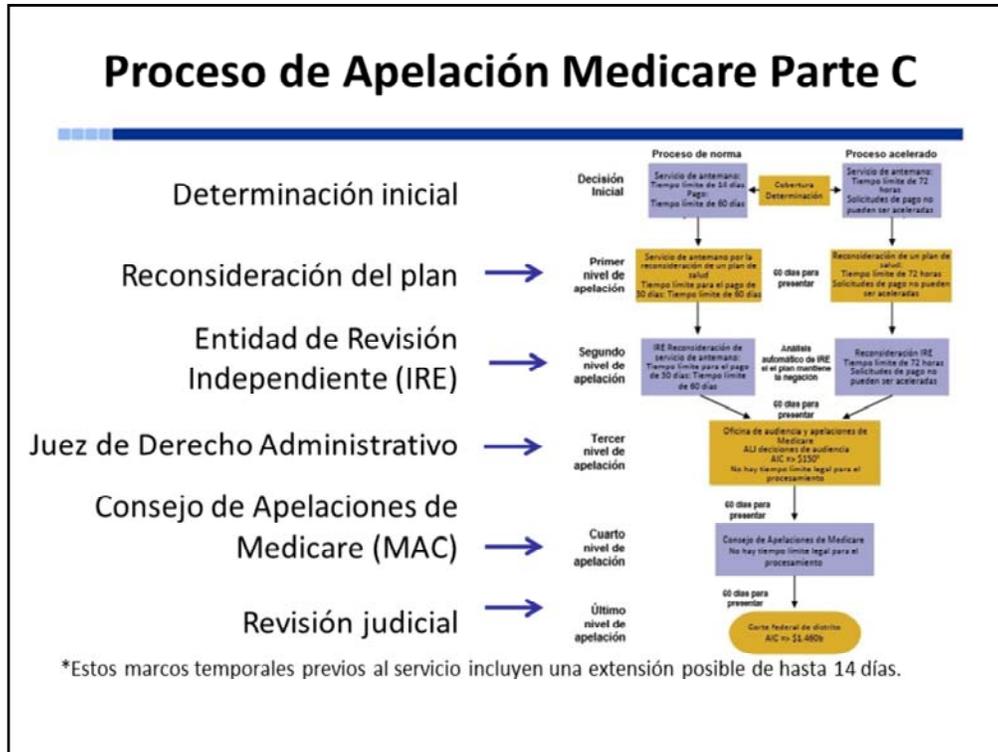
- Saber cómo reciben los pagos sus médicos
- Obtener una decisión de cobertura o información de cobertura
- Un proceso de apelación justo, eficaz y oportuno
 - Cinco niveles de apelación
 - Carta de decisión que explica otros derechos de apelación
 - Revisión automática de la reconsideración de la Parte C del plan
 - De parte de Entidad de Revisión Independiente (IRE)
- Presentar una queja formal acerca de problemas

Si está en un plan de salud de Medicare, tiene derecho a

- Saber cómo reciben los pagos sus médicos. Medicare no permite que un plan pague honorarios a los médicos de manera tal que esto interfiera con que usted reciba la atención médica que necesita.
- Sepa si su plan estará cubierto, antes de recibir un servicio o suministro. Puede llamar a su plan para obtener información acerca de las normas de cobertura del plan.
- Un proceso de apelación justo, eficiente y oportuno para resolver las diferencias con su plan. Tiene derecho a pedir a su plan que brinde o pague por un artículo o servicio que cree debe estar cubierto, brindado o continuado.
 - El proceso de apelación consta de 5 niveles.
 - Si se rechaza la cobertura en cualquier nivel de apelación, recibirá una carta que explica la decisión e instrucciones acerca de cómo proceder, para pasar al siguiente nivel de apelación.
 - Si el plan sigue rechazando cobertura en el nivel de reconsideración, la apelación se envía automáticamente a la Parte C (Medicare Advantage) Entidad de Revisión Independiente.
- Presente una queja formal acerca de otros problemas con su plan, verifique los materiales de afiliación o llame a su plan para descubrir cómo presentar una queja formal.

Consulte “Derechos y protecciones de Medicare” (CMS Producto No. 11534) para más detalles en [Medicare.gov/publications/pubs/pdf/11534.pdf](https://www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/11534.pdf).

Proceso de Apelación Medicare Parte C



Este gráfico muestra el proceso de apelación para afiliados del Plan Medicare Advantage o de otro plan de salud de Medicare. Los marcos temporales difieren según la solicitud de una apelación estándar o si califica para una apelación acelerada (rápida).

Si pide que su plan brinde o pague un artículo o servicio y rechazan su pedido, puede apelar la decisión inicial del plan (la “determinación de organización”). Recibirá un aviso que explica por qué el plan rechazó su solicitud e instrucciones acerca de cómo apelar la decisión de su plan.

Existen 5 niveles de apelación. Si no está de acuerdo con la decisión tomada en cualquier nivel del proceso, puede pasar al siguiente nivel, si cumple los requisitos para hacerlo.

Primero, su plan hará una Determinación inicial. Estos marcos temporales previos al servicio incluyen una extensión posible de hasta 14 días. Después de cada nivel, recibirá instrucciones acerca de cómo proceder y pasar al siguiente nivel de apelación. Los 5 niveles de apelación son

1. Reconsideración por parte del plan
2. Reconsideración por parte de la Entidad de Revisión Independiente
3. Audiencia con Juez de Derecho Administrativo—El importe de su reclamación debe cumplir un importe mínimo en dólares (\$150 en 2015), que se actualiza cada año
4. Revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare
5. Revisión por parte de una corte federal (para obtener una revisión de parte de una corte federal, el importe restante en controversia de su caso debe cumplir un importe mínimo en dólares “[\$1,460 in 2015]” que se actualiza cada año.)

Para más información, visite [CMS.gov/Medicare/Appeals-and-Grievances/OrgMedFFSAppeals/index.html](https://www.cms.gov/Medicare/Appeals-and-Grievances/OrgMedFFSAppeals/index.html).

NOTA: Consulte los Apéndices B y D para obtener una copia de tamaño completo de la Parte C (Medicare Advantage) de los gráficos del proceso de apelación y las notas al pie de los gráficos.

Derechos al presentar una Apelación al Plan de Salud de Medicare

Tiene derecho a

- Acceso a su documentación
 - Llame o escriba a su plan
 - El plan podría cobrar honorarios razonables por
 - Copias
 - Gastos postales
- Presentar evidencia para respaldar su caso
- Solicitar una apelación acelerada
 - Cuando lo respalda un médico

Si está en un plan de salud Medicare Advantage u otro plan Medicare y está presentando una apelación, usted tiene determinados derechos. Es posible que desee llamar o escribir a su plan y solicitar una copia de su documentación. Para obtener el número de teléfono o dirección de su plan, busque “Evidencia de cobertura” o el aviso que recibió y que explicaba por qué no podría obtener los servicios que solicitó.

Es posible que el plan le cobre honorarios para copiar esta información y enviársela. Su plan debe poder indicar un costo estimado, según el número de páginas de la documentación, más la entrega por correo común.

El marco temporal para que un plan complete las decisiones estándar de cobertura de servicio es 14 días y **podría extenderse hasta 14 días más**. Podría extenderse el marco temporal, por ejemplo, si su plan necesita más información de un proveedor no contratado, para tomar una decisión acerca del caso y la extensión es de su interés.

Si cree que su salud puede sufrir daños graves, al esperar una decisión durante los 14 días estándar, solicite a su plan una decisión rápida. Tiene derecho a una apelación acelerada, cuando su solicitud está respaldada por un médico o cuando al presentar la apelación estándar, el marco temporal podría poner en riesgo grave su vida o su salud, o su capacidad para recuperar las funciones máximas. El plan debe notificar su decisión dentro de las 72 horas. Las 72 horas podrían extenderse según la documentación de respaldo.

Pruebe su conocimiento—Pregunta 4

Después de una decisión desfavorable por parte del Juez de Derecho Administrativo, los afiliados de Medicare Advantage no tienen más opciones de apelación. Deben cumplir y respetar la decisión.

- a. Verdadero
- b. Falso

Pruebe su conocimiento—Pregunta 4

Después de una decisión desfavorable por parte del Juez de Derecho Administrativo (ALJ), los afiliados de Medicare Advantage no tienen más opciones de apelación. Deben cumplir y respetar la decisión.

- a. Verdadero
- b. Falso

Respuesta: b. Falso

Después de la decisión en cada nivel, recibirá instrucciones acerca de cómo proceder y pasar al siguiente nivel de apelación. Existen 2 niveles restantes de apelación después de ALJ.

C. Derechos de Cobertura Medicare para recetas médicas (Parte D)—Acceso a medicamentos cubiertos

- Debe asegurar que los afiliados puedan obtener los medicamentos necesarios por razones médicas
- Deben incluir más de un medicamento en cada clasificación
- Debe pagar tanto los medicamentos con marca comercial como los genéricos
- Se aplicarán normas para administrar el acceso

Los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare funcionan para brindar a las personas que tienen Medicare una cobertura de medicamentos recetados rentable y de alta calidad. Los planes de medicamentos de Medicare deben asegurar que sus afiliados reciban los medicamentos que necesitan por razones médicas, para tratar sus afecciones.

Cada plan tiene una lista de medicamentos cubiertos denominada formulario. El formulario de un plan podría no incluir todos los medicamentos que usted toma. Sin embargo, en la mayoría de los casos, tendrá disponible un medicamento similar seguro y efectivo.

Los planes deben pagar tanto los medicamentos de marca comercial como los genéricos. Los medicamentos cubiertos incluyen medicamentos recetados, productos biológicos e insulina. Los suministros médicos asociados con la inyección de insulina, como jeringas, agujas, algodón y gaza, también están cubiertos.

Algunos de los métodos que los planes utilizan para administrar el acceso a determinados medicamentos incluyen autorización previa, terapia de pasos y límites de cantidad, que describiremos en esta sección.

Cobertura requerida—Parte D

- Los planes Medicare para medicamentos deben cubrir todos los medicamentos dentro de 6 categorías protegidas
 1. Medicaciones para tratar cáncer
 2. Tratamientos para el síndrome por el virus de inmunodeficiencia humana/adquirida (VIH/SIDA)
 3. Antidepresivos
 4. Medicaciones antipsicóticas
 5. Tratamientos anticonvulsivos
 6. Inmunosupresores
- Todas las vacunas comercialmente disponibles
 - Excepto aquellas cubiertas bajo la Parte B (por ejemplo, la vacuna contra la gripe)

Los planes Medicare para medicamentos deben cubrir todos los medicamentos dentro de 6 categorías, para tratar determinadas condiciones médicas:

1. Medicaciones para tratar cáncer
2. Tratamientos para el síndrome por el virus de inmunodeficiencia humana/adquirida (VIH/SIDA)
3. Antidepresivos
4. Medicaciones antipsicóticas
5. Tratamientos anticonvulsivos para epilepsia y otras condiciones médicas
6. Inmunosupresores

Además, los planes Medicare para medicamentos cubren todas las vacunas disponibles comercialmente, incluida la vacuna contra el herpes, pero no vacunas ya cubiertas bajo la Parte B (Seguro Médico), como la vacuna contra la gripe y el neumococo. Usted o su proveedor de servicios médicos pueden comunicarse con su plan Medicare para medicamentos, para solicitar más información acerca de la cobertura de vacunas.

Formulario

- Lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan
- Podría tener niveles que cuestan diferentes importes

Ejemplo de estructura de niveles

Nivel	usted paga	medicamentos recetados que cubre
1	copago más bajo	la mayoría de los medicamentos genéricos
2	copago medio	preferido, nombre de marca comercial
3	copago alto	no preferido, nombre de marca comercial
4 o especialidad	copago más alto o coseguro	único, costo muy elevado

Cada plan Medicare para medicamentos tiene un formulario, es decir, una lista de medicamentos recetados que cubre. Cada formulario debe incluir una gama de medicamentos en las categorías y clases recetadas. Para ofrecer costos bajos, muchos planes colocan a los medicamentos en niveles diferentes, con distintos precios. Cada plan forma sus niveles de maneras diferentes.

Este es un ejemplo de cómo el plan forma sus niveles:

- **Nivel 1—Medicamentos genéricos** (copago menos costoso)—Un medicamento genérico es igual que su contraparte de marca comercial en cuanto a seguridad, efectividad, calidad, la manera en que funciona, la forma de administración y la manera en que debe usarse. Los medicamentos genéricos usan los mismos ingredientes activos que los de marca comercial. Los fabricantes de medicamentos genéricos deben demostrar que sus productos funcionan de la misma manera que los medicamentos de marca comercial correspondientes. Los medicamentos genéricos son más económicos, debido a la competencia del mercado. Los medicamentos genéricos se someten a exámenes exhaustivos y deben estar aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA). En la actualidad, la mayoría de las recetas médicas en Estados Unidos se surten con medicamentos genéricos. En algunos casos, podría no haber disponible un medicamento genérico para reemplazar el medicamento de marca comercial que usted toma. Consulte a su recetador autorizado.
- **Nivel 2—Medicamentos de marca preferidos** (copago medio)—Los medicamentos del nivel 2 cuestan más que los del nivel 1.
- **Nivel 3—Medicamentos de marca comercial no preferidos** (copago superior)—Los medicamentos del nivel 3 cuestan más que los del nivel 2.
- **Nivel 4—(o Nivel de especialidad)** (copago más elevado de todos)—Estos medicamentos son únicos y tienen un costo muy elevado.

NOTA: En algunos casos, si su medicamento está en el nivel más elevado (el más costoso) y su recetador autorizado considera que necesita ese medicamento específico, en lugar de un medicamento similar de un nivel más bajo, puede solicitar una excepción y pedir a su plan un copago inferior.

Suministro de transición—Parte D

- Los planes deben surtir recetas para medicamentos de la Parte D que no estén en el formulario del plan para
 - Afiliados nuevos
 - Residentes de instalaciones con atención a largo plazo
- Suministro inmediato brindado a un afiliado nuevo
 - Se surte una vez, con suministro para 30 días de la receta actual
- Mientras se utiliza el suministro de transición
 - Trabaje con su médico para cambiar a un medicamento que esté dentro del formulario del plan
 - Si son medicamentos necesarios por razones médicas, solicite una excepción
 - No espere hasta que se agote su suministro, para actuar

Algunos miembros del plan nuevos y existentes ya podrían estar tomando un medicamento que no está en la lista de su plan de medicamentos, o que está en la lista, pero sujeto a una restricción como terapia de pasos. En general, Medicare requiere que los planes brinden un suministro estándar de 30 días de todos los medicamentos cubiertos por Medicare, si la receta es para un medicamento no incluido en la lista del plan o si tiene una restricción (terapia de pasos, autorización previa, límites de cantidad). Esto le da tiempo a usted y a su recetador autorizado para que busquen otro medicamento que esté en la lista del plan, y que funcione de la misma manera y con la misma eficacia. Sin embargo, si ya probó varios medicamentos similares y no funcionaron, o si el recetador autorizado considera que, debido a su condición médica, debe tomar un medicamento en particular, usted o su recetador pueden comunicarse con el plan, para solicitar un excepción a las normas del formulario. Si aprueban su solicitud, el plan cubrirá el medicamento. Si no se otorga la excepción, usted o su recetador autorizado pueden presentar una apelación.

Es importante comprender cómo trabajar con el formulario de su plan y planificar con anticipación. Si obtiene un suministro de transición, recibirá aviso escrito de su plan, y no deberá esperar hasta que ese suministro se agote, antes de actuar. Debe consultar a su médico acerca de

- una autorización previa, de ser necesario.
- Los medicamentos alternativos seguros y efectivos que están incluidos en la lista de su plan, también podrían ahorrarle dinero
- al solicitar una excepción, si fuera necesaria debido a su condición médica.

Debe comunicarse con su plan de medicamentos, para formular preguntas acerca de lo que cubre su plan.

NOTA: En la mayoría de los casos con medicamentos para terapia de pasos, en primer lugar debe probar con determinados medicamentos alternativos.

Solicitud de Determinación de Cobertura Parte D

- Una determinación de cobertura es la decisión inicial que toma un plan
 - con los beneficios que tiene derecho a obtener
 - Cuánto debe pagar por un beneficio
- Usted, su recetador autorizado o su representante nombrado pueden solicitarla
- Marcos temporales para la solicitud de determinación de cobertura
 - Estándar (decisión dentro de las 72 horas)
 - Acelerada (decisión dentro de las 24 horas)
 - Si la vida o la salud están en riesgo grave,

Una determinación de cobertura es la primera decisión que toma el plan Medicare para medicamentos (no la farmacia) acerca de sus beneficios de medicamentos recetados. Esto incluye si determinados medicamentos están cubiertos, si ha cumplido todos los requisitos para obtener un medicamento solicitado y cuánto debe pagar por un medicamento.

Usted, su recetador autorizado o su representante nombrado (consulte el Apéndice F) pueden solicitar una determinación de cobertura llamando a su plan o enviando una carta. Si escribe al plan, puede enviar una carta o usar el formulario de “Solicitud de modelo de determinación de cobertura” disponible en [CMS.gov/medicare/appeals-and-grievances/medprescriptdrugapplgriev/forms.html](https://www.cms.gov/medicare/appeals-and-grievances/medprescriptdrugapplgriev/forms.html).

Existen 2 tipos de determinaciones de cobertura: estándar y acelerada. Su solicitud será rápida (acelerada), si el plan lo determina, o si su médico le informa al plan que su salud o su vida estarían en riesgo graves, en caso de tener que esperar una solicitud estándar.

El plan debe informar la decisión de determinación de cobertura tan pronto como lo requiera su condición médica. Después de recibir su solicitud, el plan debe informar su decisión dentro de las 72 horas para una determinación estándar o bien 24 horas para una determinación acelerada (rápida). Si su solicitud de determinación de cobertura incluye una excepción, el cronómetro comienza cuando el plan recibe la declaración de respaldo de su médico.

Si un plan no cumple con estos marcos temporales, debe reenviar automáticamente la solicitud y la documentación a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) (MAXIMUS) para su revisión y la solicitud saltea el primer nivel de apelación (redeterminación por parte del plan). La información de contacto de MAXIMUS está disponible en [Medicarepartdappeals.com/](https://www.Medicarepartdappeals.com/).

Solicitud de Excepción

- Dos tipos de excepciones
 1. Excepciones de nivel
 2. Excepciones de formulario
- Necesita declaración de respaldo del recetador autorizado
- Usted, su representante nombrado o el recetador autorizado pueden enviar la solicitud

Una excepción es un tipo de determinación de cobertura. Existen 2 tipos de excepciones: excepciones de nivel (como obtener un medicamento de Nivel 4 al costo del Nivel 3), excepciones de formulario (o la cobertura para un medicamento no está en el formulario del plan o requisitos de acceso flexibilizados).

Si desea presentar una solicitud de excepción, necesitará una declaración de respaldo del recetador autorizado. En general, la declaración debe indicar la razón médica de la excepción. El recetador autorizado puede presentar la declaración en forma verbal o escrita.

NOTA: Si elige que su representante lo ayude con una determinación de cobertura o una apelación, usted y la persona indicada deben completar el formulario de “**Nombramiento de Representante**” CMS-1696 (consulte el Apéndice F). Puede obtener una copia del formulario en [CMS.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf). También puede nombrar a un representante con una carta firmada por usted y por la persona que lo ayuda, pero la carta debe tener la misma información que debe incluirse en el formulario de “Nombramiento de Representante”. Debe enviar el formulario o la carta con su solicitud de determinación de cobertura o de apelación.

Excepciones al formulario—Parte D

- Acceso a medicamentos de Parte D
 - No incluidos en la lista del plan o
 - en la lista, pero con normas de cobertura especiales
 - Autorización previa
 - Límites de cantidad
 - Terapia de pasos
- El plan puede determinar el nivel del costo compartido

Las excepciones al formulario se aseguran de que los afiliados tengan acceso a medicamentos cubiertos por Medicare, que no están incluidos en el formulario del plan, o para los cuales el plan tiene normas de cobertura especiales. Estas normas especiales incluyen autorización previa, límites de cantidad y terapia de pasos.

Cuando un plan aprueba cobertura de un medicamento fuera del formulario (excepción a formulario), el plan decide el importe de costo compartido que el afiliado debe pagar por el medicamento fuera del formulario. Por ejemplo, el plan puede decidir que el afiliado debe pagar el costo compartido que se aplica a medicamentos “no preferidos” en el formulario del plan que, en general, tiene un nivel superior de costo compartido.

Normas que el Plan Usa para Administrar el Acceso a Medicamentos

Nombre de la norma	Descripción de la norma de cobertura
Autorización previa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El afiliado o el recetador autorizado deben comunicarse con el plan y mostrar el criterio de autorización previa (PA) que debe cumplirse antes de que el medicamento esté cubierto. ▪ El afiliado o el recetador autorizado pueden solicitar una excepción al criterio de AP, que el plan debe permitir, si es necesario por razones médicas.
Terapia de Pasos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de autorización previa ▪ Debe utilizar medicamentos alternativos de la lista del plan ▪ El afiliado o el recetador autorizado pueden solicitar una excepción, si los medicamentos alternativos: <ul style="list-style-type: none"> • No funcionan tan bien como el medicamento solicitado o si tuvieran efectos adversos • El plan debe permitir la excepción, si fuera necesaria por razones médicas
Límites de cantidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan puede limitar las cantidades de medicamentos durante un período de tiempo por seguridad y/o costo ▪ El afiliado o el recetador autorizado pueden solicitar una excepción, si la restricción de cantidad/dosis fuera ineficaz para tratar la condición médica del afiliado o si tuviera efectos adversos ▪ El plan debe permitir la excepción, si la cantidad adicional fuera necesaria por razones médicas

Los planes de medicamentos de Medicare administran el acceso a medicamentos cubiertos de varias maneras, incluida autorización previa, terapia de pasos y límites de cantidad.

Podría necesitar medicamentos que requieren autorización previa. Esto significa que antes de que su plan cubra un medicamento en particular, usted, su médico o su recetador autorizado, en primer lugar, deben mostrar al plan que cumple el criterio aprobado por CMS para ese medicamento en particular. Los planes deben hacer eso para asegurarse de que estos medicamentos se utilicen correctamente. Comuníquese con su plan acerca de sus requisitos de autorización previa y hable con su recetador autorizado.

La terapia de pasos es un tipo de autorización previa. En la mayoría de los casos, primero debe probar un medicamento alternativo de la lista de medicamentos del plan que haya sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU., antes de subir al paso siguiente hacia un medicamento más costoso. Por ejemplo, algunos planes requieren que primero pruebe un medicamento genérico de su lista de medicamentos, antes de obtener cobertura para un medicamento similar de marca comercial.

Los planes podrían **limitar la cantidad de medicamentos** que cubren, por razones de seguridad y de costos, durante un período determinado e tiempo. Si usted o su recetador autorizado consideran que un límite de cantidad no es adecuado para su condición médica, cualquiera de los dos puede comunicarse con el plan para solicitar una excepción. Si el plan aprueba su solicitud, el límite de cantidad no se aplicará a su receta.

Si usted o su recetador autorizado consideran que un requisito de autorización previa, terapia de pasos o límite de cantidad no se debería aplicar a su caso, debido a su condición médica, usted (con la ayuda de su recetador) pueden comunicarse con el plan para solicitar una excepción a la norma.

Casos en que los planes deben otorgar excepciones a los formularios

- El plan debe otorgar una excepción al formulario si
 - todas las alternativas al formulario no son efectivas y/o
 - si los medicamentos tuvieran efectos adversos
- El plan debe otorgar una excepción a una norma de cobertura
 - Si la norma de cobertura ha sido o es probable que sea ineficaz para tratar la condición médica del afiliado o
 - si ha causado o es probable que cause daños al afiliado

Un plan debe otorgar una excepción al formulario cuando determina que ninguna de las alternativas para la misma condición médica sería tan efectiva para el afiliado como un medicamento que no está en el formulario y/o que el medicamento podría tener un efecto adverso. Un plan debe otorgar una excepción a una norma de cobertura, cuando determina que la norma de cobertura es, o es probable que sea, ineficaz para tratar la condición médica del afiliado o que ha causado, o es probable que cause, daños al afiliado.

Parte D—Excepciones aprobadas

- Excepción válida para el resto del año, si
 - aún sigue afiliado
 - El recetador autorizado sigue recetando medicamentos
 - El medicamento sigue siendo seguro para tratar su condición médica
- El plan podría extender la cobertura a otro año de plan
- El plan debe notificar al afiliado por escrito
 - si no se extenderá la cobertura
 - La fecha de cobertura dará por terminado
 - el derecho a solicitar una excepción nueva

Si se aprueba una solicitud de excepción, la excepción es válida para resurtir el resto del año del plan, durante todo el tiempo

- que permanezca afiliado al plan
- El recetador autorizado sigue recetando medicamentos
- El medicamento sigue siendo seguro para tratar su condición médica

El plan podría extender la cobertura a otro año de plan. Si no lo hace, debe enviar un aviso por escrito en el momento en que se aprueba la excepción o, como mínimo, 60 días antes de que termine el año del plan. El aviso escrito debe indicar cuánto termina la fecha de cobertura, el derecho a solicitar una excepción nueva y el proceso para presentar una nueva solicitud de excepción. Si la cobertura no se extiende, debe considerar cambiar a un medicamento que esté dentro del formulario, solicitar otra excepción o cambiar de plan durante el Período de Inscripción Abierta, también conocido como Inscripción abierta (15 de octubre a 7 de diciembre cada año).

Solicitud de Apelación Parte D

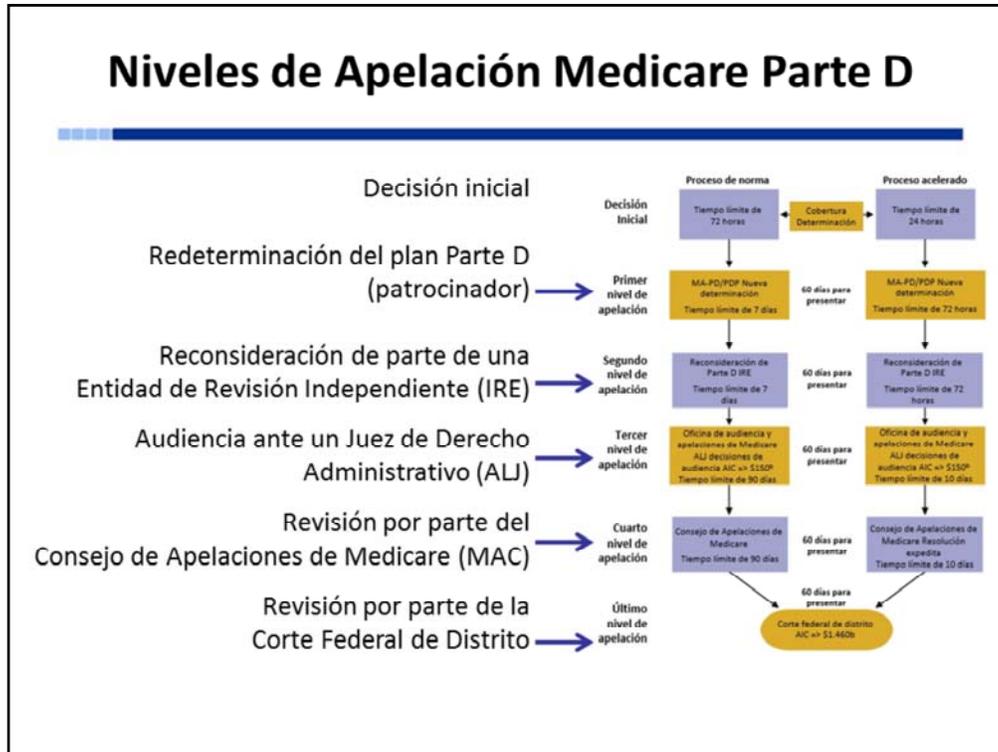
- Si rechazan su determinación de cobertura o excepción, puede apelar la decisión del plan
- En general, debe presentar solicitudes de apelación por escrito
 - Los planes deben aceptar las solicitudes verbales aceleradas (rápidas)
 - El marco temporal limitado para presentar una solicitud de apelación (dentro de 60 días o luego sin causa razonable)
- Las personas que pueden presentar solicitud de apelación son
 - Usted o su representante nombrado
 - Su médico o su recetador autorizado
- Existen 5 niveles de apelación

Si está en desacuerdo con la determinación de cobertura o la decisión de excepción de su plan de medicamentos de Medicare, tiene derecho a apelar la decisión. La decisión escrita de su plan explicará cómo presentar una apelación. Lea esta decisión con cuidado y comuníquese con su plan, si tiene preguntas. La mayoría de las apelaciones se deben solicitar dentro de los 60 días de la determinación de cobertura o del rechazo de una excepción. Sin embargo, este marco temporal podría extenderse por una causa razonable (una circunstancia que haya evitado que el solicitante presente la solicitud a tiempo o en caso de que alguna acción del plan haya confundido al solicitante). Para más información acerca de causa razonable, consulte el Capítulo 18 del Manual de Beneficios de Medicamentos Recetados “Parte D Quejas formales del afiliado, Determinaciones de cobertura y Apelaciones,” Sección 70.3—“Extensión de Causa Razonable” en [CMS.gov/medicare/appeals-and-grievances/medprescriptdrugapplgriev/index.html](https://www.cms.gov/medicare/appeals-and-grievances/medprescriptdrugapplgriev/index.html).

En general, debe presentar solicitudes de apelación por escrito. Sin embargo, los planes deben aceptar las solicitudes verbales rápidas (aceleradas). Además, los planes pueden elegir aceptar solicitudes de redeterminación estándar verbales. Verifique los materiales de su plan o comuníquese con su plan, para averiguar si puede presentar solicitudes de redeterminación estándar verbales.

Usted o su representante nombrado puede solicitar cualquier nivel de apelación (consulte el Apéndice F). Su médico u otro recetador autorizado solo pueden solicitar una reconsideración de Entidad de Revisión Independiente (apelación de nivel 1 o 2), de su parte, sin ser su representante nombrado.

Niveles de Apelación Medicare Parte D



Si recibe una decisión inicial desfavorable, tiene derecho a apelar la decisión.

Existen 5 niveles de apelación:

1. Redeterminación del plan Parte D (patrocinador)
2. Reconsideración de parte de una Entidad de Revisión Independiente
3. Audiencia con Juez de Derecho Administrativo—el importe de su reclamación debe cumplir un importe mínimo en dólares (\$150 en 2015), que se actualiza cada año
4. Revisión por parte del Consejo de Apelaciones de Medicare
5. Revisión por parte de una corte federal—para obtener una revisión de parte de una corte federal, el importe restante en controversia de su caso debe cumplir un importe mínimo en dólares “[\$1,460 in 2015]”, que se actualiza cada año

NOTA: El proceso de reconsideración de Penalidad de Inscripción Tardía (LEP) Parte D no está relacionado con el diagrama de flujo del proceso de apelaciones—el diagrama de flujo de apelaciones se relaciona con *apelaciones a beneficio*. Solo existe un nivel de revisión independiente para disputas LEP. Consulte los Apéndices C y E para obtener una copia de tamaño completo de la Parte D (Medicamentos) del Proceso de Apelación y las notas al pie de los gráficos.

Visite la Biblioteca de capacitación del Programa Nacional de Capacitación de CMS (sección asistencia laboral) en [CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html) para ver un gráfico comparativo de las Partes A, B, C y D de los procesos de apelaciones.

Avisos requeridos Parte D

- En el mostrador de la farmacia
 - Siempre que una receta no se surta como se ha escrito
 - Esto no es una decisión de cobertura
- Para cada determinación de cobertura
- Para cada decisión de apelación
- Las decisiones de cobertura adversas (desfavorables) deben
 - incluir información acerca del siguiente nivel de apelación
 - Incluir instrucciones específicas de presentación
 - Brindar razones específicas para el rechazo

Los patrocinadores del plan aseguran que sus farmacias de la red le brindan una copia escrita del "Aviso de farmacia" estandarizado de CMS siempre que no se pueda surtir una receta según la Parte D, y si el problema no se resuelve en el mostrador de la farmacia. Este aviso explica su derecho a comunicarse con su plan para solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción.

Se requiere que los patrocinadores del plan brinden avisos escritos para cada determinación de cobertura o decisión de apelación.

Asimismo, todas las demás entidades deben enviar avisos escritos de las decisiones. Si una decisión es adversa (desfavorable), el aviso explicará la razón de la decisión, incluida información acerca del nivel siguiente de apelación y brindará instrucciones específicas acerca de cómo presentar una apelación.

NOTA: Una decisión inicial de cobertura acerca de sus medicamentos de la Parte D se denomina "determinación de cobertura" o para simplificar, "decisión de cobertura." Una decisión de cobertura es una decisión que toma el plan acerca de sus beneficios y de su cobertura o acerca del importe que pagarán por sus medicamentos recetados. El plan toma una decisión de cobertura por usted, siempre que decida qué servicios están cubiertos para usted y cuánto pagarán.

Proveedor/Divulgación del Plan de Información de salud personal (PHI)

- El plan puede divulgar PHI relevante para personas que usted identifica
 - Miembro de la familia u otros familiares
 - Amigos personales cercanos
 - Otros (ver ejemplos en la siguiente diapositiva)
- Podría divulgar PHI relevante, solo si
 - Usted está presente y está de acuerdo o el plan infiere que usted no objeta
 - Usted no está presente o está incapacitado, el plan puede ejercitar juicio profesional

Un proveedor de atención médica o plan, como un plan de medicamentos de Medicare, podría divulgar Información de salud personal protegida relevante (PHI) a una persona que lo asista, en especial con relación a su cobertura de medicamentos. Sin embargo, la guía se aplica a todos los proveedores y planes, no solo a planes de medicamentos. Es importante notar que los planes de salud tienen permitido hacer, pero no se requiere que realicen, estas divulgaciones.

Su plan puede divulgar PHI relevante para las personas que usted identifique como relacionadas con su atención médica o sus pagos, incluidas las siguientes personas:

- Miembros de la familia u otros familiares
- Amigos personales cercanos
- Otros (ver ejemplos en la siguiente diapositiva)

Su plan puede divulgar PHI relevante a las personas que usted identifique solo bajo las siguientes condiciones:

- Cuando está presente y acuerda con el plan o el plan infiera de manera razonable, de las circunstancias, que usted no objetará
- Cuando no está presente o incapacitado, es posible que el plan ejercite su juicio profesional para determinar si una divulgación es lo que le conviene

A quiénes puede divulgar información de salud personal el plan

- Un plan puede divulgar Información de salud personal (PHI) a
 - Un hijo adulto de una persona para resolver una reclamación o problema de pago para un padre hospitalizado
 - Un representante de recursos humanos, si la persona está de turno u otorga permiso por teléfono
 - Una oficina del Congreso que envió por fax su solicitud para asistencia del Congreso
 - El personal de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), si la información satisface al plan para el que solicitó asistencia de CMS

Un plan puede divulgar Información de salud personal (PHI) a

- Un hijo adulto de una persona que está resolviendo una reclamación o problema de pago para un padre hospitalizado
- Un representante de recursos humanos, si la persona con Medicare está en la línea u otorga permiso por teléfono
- Una oficina del Congreso o personal que haya enviado por fax la solicitud de la persona para asistencia del Congreso
- El personal de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), si la información disponible satisface al plan para el cual la persona solicitó asistencia de CMS

NOTA: La Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. publicó las pautas de PHI.

Pruebe su conocimiento—Pregunta 5

Si el plan lo notifica verbalmente acerca de su decisión de cobertura, no es necesario que el patrocinador del plan le envíe un aviso escrito.

- a. Verdadero
- b. Falso

Pruebe su conocimiento—Pregunta 5

Si el plan lo notifica verbalmente acerca de su decisión de cobertura, no es necesario que el patrocinador del plan le envíe un aviso escrito.

- a. Verdadero
- b. Falso

Respuesta: b. Falso

El plan debe notificarlo (y al recetador autorizado involucrado, si se aplica) acerca de todas las determinaciones de cobertura dentro del marco temporal requerido. Si el plan primero envía aviso verbal de la decisión, debe enviarle un aviso de rechazo escrito estandarizado, dentro de 3 días de calendario del aviso verbal inicial.

Si no está de acuerdo con el rechazo inicial de su plan (determinación de cobertura), puede solicitar una redeterminación. Debe solicitar la redeterminación dentro de los 60 días desde la fecha de determinación de cobertura, o luego sin causa razonable.

Lección 2—Sus derechos en determinados entornos

- Una breve explicación de sus derechos
 - En el hospital
 - En un centro de enfermería especializada
 - Cuando recibe cuidados de la salud en el hogar
 - Cuando recibe cuidado de hospicio
 - En un instalación de rehabilitación para pacientes ambulatorios

Lección 2, “Sus derechos en determinados entornos,” explica sus derechos garantizados, cuando lo internan en el hospital o centro de enfermería especializada o si está recibiendo cuidados de un proveedor no institucional, como cuidados de salud en el hogar, hospicio o en una instalación de rehabilitación para pacientes ambulatorios.

Muchos de estos derechos y protecciones son los mismos ya sea que tenga Medicare Original, Plan Medicare Advantage (como una Organización de Mantenimiento de la Salud o una Organización de Proveedor Preferido) u otro plan de salud de Medicare.

Derecho a atención hospitalaria

- **Derecho a atención médica hospitalaria necesaria por razones médicas cubiertas por Medicare**
 - Para diagnosticar una enfermedad
 - Para tratar una enfermedad o lesión
 - Para recibir atención con seguimiento médico
- **Recibirá un aviso cuando lo admitan en un entorno hospitalario como paciente internado**
 - Un “Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos”

Todas las personas que tienen Medicare, incluidos los afiliados a Medicare Advantage u otros planes de salud de Medicare, tienen derecho a recibir toda la atención hospitalaria cubierta por Medicare que necesitan, para obtener el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión, incluido el seguimiento médico que necesitan, después de salir del hospital.

Cuando lo admiten en el hospital como paciente internado, recibe un aviso llamado “Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos” y el hospital debe darle una copia escrita del aviso, para que conozca sus derechos como paciente internado.

“Mensaje importante de Medicare”

- **Aviso firmado por usted y copia entregada**
 - Explica sus derechos a
 - Recibir todos los servicios hospitalarios necesarios por razones médicas
 - Participar en todas las decisiones
 - Obtener los servicios que necesite después de salir del hospital
 - Apelar decisión de alta y pasos para apelar la decisión
 - Circunstancias en las que sus servicios hospitalarios se pueden pagar durante la apelación

El “Mensaje importante de Medicare” es un aviso que recibe después de que lo admiten en el hospital como paciente internado. Este aviso está firmado por usted y se entrega una copia que explica sus derechos a

- Recibir todos los servicios hospitalarios necesarios por razones médicas
- Participar en todas las decisiones
- Obtener los servicios que necesite después de salir del hospital
- Apelar decisión de alta y pasos para apelar la decisión
- Circunstancias en las que sus servicios hospitalarios se pueden pagar durante la apelación

Derechos en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)

Algunos de sus derechos en un SNF incluyen

- Libertad de discriminación
- Libertad de abuso y abandono
- Libertad de restricciones
- Recibir información acerca de servicios y honorarios
- Recibir arreglos de privacidad, propiedad personal y vivienda conyugal
- Obtener atención médica
- Recibir visitas que también puedan participar en reuniones familiares
- Estar protegido contra transferencia o alta injustas
- Administrar su propio dinero
- Presentar una queja
- Obtener servicios sociales relacionados con la atención médica

Como residente de un Centro de Enfermería Especializada (SNF), usted tiene determinados derechos y protecciones bajo la ley federal y estatal, que ayudan a asegurarse de que recibirá la atención médica y los servicios que necesita. Pueden variar según el estado. El SNF debe proporcionarle una descripción escrita de sus derechos legales. Tiene derecho a

- Libertad de discriminación
- Libertad de abuso y abandono
- Libertad de restricciones
- Información acerca de servicios y honorarios
- Arreglos de privacidad, propiedad personal y vivienda conyugal
- Obtener atención médica
- Recibir visitas que puedan participar en reuniones familiares y que puedan ayudar con su plan de cuidado, con su permiso
- Protección contra transferencia o alta injustas
- Administrar su propio dinero
- Ser capaz de presentar una queja
- Obtener servicios sociales relacionados con la atención médica

Más información disponible en [Medicare.gov/what-medicare-covers/part-a/rights-in-snf.html](https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/part-a/rights-in-snf.html).

Derechos en salud en el hogar y en el hospicio

Todas las personas que tienen Medicare, tienen determinados derechos y protecciones, independientemente del entorno. Con cuidados en el hogar y hospicio, también tiene los siguientes derechos:

- Derechos de apelación al alta
- El proveedor de cuidados de salud en el hogar y el hospicio deben entregarle una copia de sus derechos y obligaciones antes de que comience el cuidado, para incluir su derecho a
 - Elegir a su agencia
 - Tratamiento respetuoso de su propiedad
 - Participar en y recibir una copia de su plan de cuidados
 - Que su familia o tutor actúe en su nombre, si no puede hacerlo
 - Recibir una copia del “Conjunto de Información de Resultado y Evaluación de la Agencia de Cuidado de la Salud en el Hogar (OASIS) Declaración de los Derechos a la Privacidad de los Pacientes” cuando recibe cuidados de salud en el hogar

Todas las personas que tienen Medicare, tienen determinados derechos y protecciones, independientemente del entorno. En entornos de cuidados en el hogar y hospicio, también tiene los siguientes derechos:

- Derechos de apelación al alta
- El proveedor de cuidados de salud en el hogar y el hospicio deben entregarle una copia de sus derechos y obligaciones antes de que comience el cuidado, para incluir su derecho a
 - Elegir a su agencia. (Para miembros de planes de cuidado administrados, las opciones dependerán de las agencias con las que trabaje su plan.)
 - Tratamiento respetuoso de su propiedad.
 - Copia de su plan de cuidados y participación en decisiones acerca de su atención médica.
 - Que su familia o tutor actúe en su nombre, si no puede hacerlo.

Para más información acerca de sus derechos a la privacidad como paciente de cuidados de salud en el hogar, lea la [Conjunto de Información de Resultado y Evaluación de la Agencia de Cuidado de la Salud en el Hogar \(OASIS\) Declaración de los Derechos a la Privacidad de los Pacientes](#)

Derechos en otros entornos—Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Todas las personas que tienen Medicare, tienen determinados derechos y protecciones, independientemente del entorno

- En un entorno de CORF, tiene los siguientes derechos:
 - El proveedor debe explicar su programa de tratamiento
 - Consulte si sus servicios de terapia superan los límites tope de terapia

Un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) es una instalación que brinda una amplia variedad de servicios para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios de médicos, terapia física, servicios sociales o psicológicos y rehabilitación.

En un entorno de CORF, tiene los siguientes derechos:

- Que CORF le explique su programa de tratamiento
- Que CORF se comunique con usted, si sus servicios de terapia superan los límites tope. Para más información acerca de topes de terapia, visite [Medicare.gov/Pubs/pdf/10988.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10988.pdf).

Proceso de Apelaciones Aceleradas

- “Aviso de no cobertura de Medicare” (NOMNC)
 - El proveedor debe entregar este aviso, como mínimo, 2 días antes de que termine la atención médica
 - Centro de Enfermería Especializada, Centro de Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios, hospicio o cuidado de la salud en el hogar
- Comuníquese con Organización para el Mejoramiento de la Calidad Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO), si los servicios están por terminar
 - Consulte a su NOMNC para saber cómo comunicarse con su BFCC-QIO
- BFCC-QIO debe notificarlo acerca de su decisión
 - El proveedor o el plan deben brindar el “Aviso Detallado de No Cobertura” (DENC) antes del cierre del día laboral, en que se envió la notificación de BFCC-QIO

Usted tiene determinados derechos, si cree que los servicios están por terminar pronto. Con el proceso de apelación rápido de Medicare, su proveedor o plan deben entregar (en la mayoría de los casos) un “Aviso de no cobertura de Medicare” (NOMNC) como mínimo 2 días antes de que terminen los cuidados en el hospicio, el Centro de Enfermería Especializada, el Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) o el cuidado de la salud en el hogar de Medicare, para el proceso de determinación acelerado (rápido).

- Usted tiene derecho a solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) que le pida a su plan que brinde los servicios o pague el servicio cubierto por Medicare que considera que debe continuar en un Centro de Enfermería Especializado, por parte de una agencia de cuidados de salud en el hogar, hospicio o CORF.
 - Comuníquese con su BFCC-QIO antes del mediodía del día anterior en el que terminan los servicios cubiertos por Medicare, para solicitar una apelación rápida. Consulte su aviso para saber cómo comunicarse con su BFCC-QIO y para solicitar cualquier otra información importante.
- La BFCC-QIO debe notificarlo acerca de su decisión al cierre del día después de que obtiene toda la información necesaria. Si la BFCC-QIO decide que está listo para el alta y que cumple la fecha límite para solicitar una apelación rápida, no será responsable de pagar los costos (excepto de coseguro o deducibles aplicables) hasta el mediodía del día posterior a que la BFCC-QIO le informa su decisión.

Un proveedor o plan de salud de Medicare (Planes Medicare Advantage y Planes de costo) deben entregar una copia completa del “Aviso Detallado de No Cobertura (DENC)” a los beneficiarios/afiliados que reciben atención en centros de enfermería especializada, cuidados de salud en el hogar, CORF y servicios de hospicio al recibir el aviso de que el beneficiario/afiliado ha apelado a la terminación de servicios en estos entornos. El DENC debe entregarse antes del cierre del día laboral, en que se envió la notificación de BFCC-QIO.

Tiene derecho a solicitar una reconsideración por parte del Contratista Independiente Calificado (QIC), si no está satisfecho con los resultados de la apelación rápida. El QIC es un contratista independiente que no participó en la primera decisión de apelación. El aviso de decisión que obtiene de la primera apelación rápida tendrá indicaciones acerca de cómo presentar una solicitud de reconsideración.

Pruebe su conocimiento—Pregunta 6

Un proveedor de salud o plan de Medicare debe entregarle, con anticipación, una copia completa del “Aviso de no cobertura de Medicare”, como mínimo, antes de 2 días de la terminación de los servicios, si el paciente está recibiendo

- a. Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada
- b. Cuidados de salud en el hogar o en un hospicio
- c. Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios
- d. Todo lo anterior

Pruebe su conocimiento—Pregunta 6

Un proveedor de salud o plan de Medicare debe entregarle, con anticipación, una copia completa del “Aviso de no cobertura de Medicare” (NOMC), como mínimo, antes de 2 días de la terminación de los servicios, si el paciente está recibiendo

- a. Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada
- b. Cuidados de salud en el hogar o en un hospicio
- c. Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios
- d. Todo lo anterior

Respuesta: d. Todo lo anterior

Un proveedor de salud o plan de Medicare debe entregarle, con anticipación, una copia completa del NOMC a los afiliados que están recibiendo servicios en un Centro de Enfermería Especializada, cuidados de salud en el hogar o en un hospicio o en un Centro de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios, como mínimo, antes de 2 días de la terminación de los servicios. Este aviso cumple el requisito 42 CFR 405.1200(b)(1) y (2) y 42 CFR 422.624(b)(1) y (2).

El NOMNC informa a las personas su derecho a una revisión inmediata e independiente de la terminación propuesta de los servicios cubiertos. Los planes deben entregar un Aviso Detallado de No Cobertura (DENC), cuando se solicita una revisión independiente. El DENC brinda una explicación adicional relacionada con las razones por las que termina la cobertura Medicare.

Lección 3—Prácticas de Privacidad Medicare

- Una breve explicación del criterio de privacidad Medicare
 - Prácticas
 - Avisos
 - Divulgaciones necesarias y permitidas
 - Derechos

Lección 3, “Prácticas de Privacidad de Medicare” explica las prácticas de privacidad de Medicare, los avisos, las divulgaciones necesarias y permitidas y los derechos.

“Aviso de prácticas de privacidad”

- Indica cómo Medicare
 - Debe proteger la privacidad de su información de salud personal
 - Utiliza y divulga su información de salud personal
- Describe sus derechos y cómo puede ejercerlos
- Se publica anualmente en el manual “Medicare y Usted”
- Si desea más información
 - Visite Medicare.gov
 - Llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
 - Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.



Medicare tiene la obligación de proteger su información de salud personal. El “Aviso de Prácticas de Privacidad para Medicare Medicare” describe cómo Medicare utiliza y divulga su información de salud personal y describe sus derechos individuales. Si está afiliado a un Plan Medicare Advantage, a otro plan de salud de Medicare o a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, los materiales de su plan describen sus derechos a la privacidad.

El “Aviso de Prácticas de Privacidad” se publica anualmente en el manual “Medicare y Usted” en Medicare.gov/medicare-and-you.

Más información acerca del “Aviso de Prácticas de Privacidad” para Medicare Original, visite Medicare.gov/forms-help-and-resources/privacy-practices/privacy.html.

Para más información, visite Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Divulgaciones requeridas

- Medicare **debe** divulgar su información de salud
 - A usted
 - A personas con el derecho legal para actuar en su representación
 - A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
 - Cuando lo solicite la ley

Medicare debe divulgar su información de salud personal

- A usted o a otra persona con el derecho legal para actuar en su representación (su representante personal)
- A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., para asegurarse de que su privacidad esté protegida
- Cuando así lo requiere la ley (federal, estatal o local), por ejemplo: actividades de salud pública cuando así lo requiere o autoriza la ley o en respuesta a una demanda judicial, orden de un tribunal, citación, orden judicial o proceso similar

Divulgaciones permitidas

- Medicare **puede** divulgar información de salud para
 - Pagar por su atención médica
 - Operar el programa
 - Ejemplos
 - A contratistas de Medicare, para que procesen sus reclamaciones
 - Para asegurarse de que reciba atención médica de calidad
 - Para brindarle servicio al cliente
 - Para resolver sus quejas
 - Para comunicarse con usted con relación a estudios de investigación
 - A una Organización Responsable de la Atención Médica (ACO) Actualización

Medicare puede usar y divulgar su información de salud personal para pagar su atención médica y para operar el programa de Medicare. Los contratistas de Medicare utilizan su información de salud personal para aceptar y pagar o rechazar sus reclamaciones, para cobrar sus primas, para compartir su pago de beneficios con sus otras aseguradoras y para preparar su “Resumen de Medicare.”

Medicare puede usar su información de salud personal para asegurarse de que usted y otras personas con Medicare reciban atención médica de calidad, para brindar servicios al cliente, para resolver cualquier queja que pudiera tener o para comunicarse con usted acerca de estudios de investigación.

NOTA: Una Organización Responsable de la Atención Médica (ACO) es una manera de que los proveedores de atención médica y los hospitales se ofrezcan como voluntarios para trabajar juntos y brindar atención médica coordinada. Si su médico o proveedor de atención médica eligen participar en una ACO, recibirá una notificación. Esta notificación podría ser una carta, una información escrita que recibió cuando consultó a su médico, un cartel publicado en el hospital o una conversación con su médico, la próxima vez que lo consulte.

Medicare compartirá determinada información acerca de su atención médica con la ACO de su médico, incluidas sus condiciones médicas, recetas y visitas al médico. Esto es importante para ayudar a la ACO a mantenerse al día con sus necesidades médicas y a hacer un seguimiento de la atención que recibe de la ACO para mantenerlo sano y ayudarlo a recibir la atención indicada. Su privacidad es muy importante para nosotros. Puede borrar el tipo de información que Medicare comparte con su médico para la coordinación de la atención médica llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. O puede firmar un formulario disponible en el consultorio de su médico o en el consultorio de otro proveedor de atención médica, que también puede recibir por correo de parte de su médico.

Si recibe una carta de su médico, excepto en caso de que siga uno de los pasos anteriores, su información de salud se compartirá automáticamente con el fin de coordinar la atención médica que comienza 30 días desde la fecha en que recibe la notificación. Medicare no compartirá información con una ACO acerca de cualquier tratamiento para el abuso del alcohol o de sustancias ilegales, sin autorización escrita. Para más información, visite [Medicare.gov/manage-your-health/coordinating-your-care/accountable-care-organizations.html](https://www.Medicare.gov/manage-your-health/coordinating-your-care/accountable-care-organizations.html) o [Medicare.gov/Pubs/pdf/11588.pdf](https://www.Medicare.gov/Pubs/pdf/11588.pdf).

Divulgaciones permitidas continuación

- Medicare **puede** divulgar su información de salud
 - A agencias estatales y federales
 - Para actividades de salud pública
 - Para supervisión gubernamental
 - Para procedimientos judiciales
 - Para fines de cumplimiento de la ley
 - Para evitar una amenaza grave a la salud y la seguridad
 - Para comunicarse con usted con relación a un beneficio de Medicare
 - Para crear una recopilación de información no localizable

Medicare también puede usar o divulgar su información de salud personal con los fines aquí detallados, bajo circunstancias limitadas:

- A agencias estatales o federales que tengan el derecho legal de recibir datos de Medicare (como para asegurar que Medicare haga los pagos correspondientes y asista a los programas federales/estatales de Medicaid)
- Para actividades de salud pública (como denunciar brotes de enfermedades)
- Para actividades de supervisión gubernamental de la atención médica (como investigaciones por fraude y abuso)
- Para procedimientos judiciales y administrativos (como en respuesta a una orden de la corte)
- Para fines de cumplimiento de la ley (como brindar información limitada para localizar a una persona perdida)
- Para evitar una amenaza grave a la salud y la seguridad
- Para comunicarse con usted con relación a un beneficio nuevo o modificado de Medicare
- Para crear una recopilación de información que ya no se pueda utilizar para localizarlo

Autorización de información de salud personal

- Se requiere permiso escrito (autorización)
 - Para que Medicare use o divulgue su información de salud personal
 - Para cualquier fin no establecido en el “Aviso de Privacidad”
- Usted podría revocar su permiso en cualquier momento

Por ley, Medicare debe tener su permiso escrito (autorización) para utilizar o divulgar su información de salud personal para cualquier fin que no esté establecido en el “Aviso de Privacidad.” Usted podría retirar (revocar) su permiso escrito en cualquier momento. Sin embargo, esto no afectará a la información de salud personal que Medicare ya ha divulgado basado en su permiso anterior.

Visite [Medicare.gov/MedicareOnlineForms/AuthorizationForm/OnlineFormStep.asp](https://www.Medicare.gov/MedicareOnlineForms/AuthorizationForm/OnlineFormStep.asp) para leer la versión en línea del “Formulario de autorización para divulgar información de salud personal.”

Derechos de privacidad de la información de salud personal

Tiene derecho a

- Utilizar y divulgar su información de salud personal
- Corregir información médica que considere incorrecta o incompleta
- Saber a quién se envió su información médica
- Comunicarse de manera diferente
- Solicitar a Medicare que limite el uso de su información de salud personal
 - Pagar sus reclamaciones y ejecutar el programa
- Obtener un aviso de privacidad por escrito

Usted tiene los siguientes derechos a la privacidad. Usted puede

- Consultar y copiar su información de salud que tiene Medicare.
- Corregir cualquier información de salud incorrecta o incompleta.
- Descubrir quién recibió su información de salud para fines que no sean pagar sus reclamaciones, ejecutar el programa de Medicare o para aplicación de la ley.
- Solicitar a Medicare que se comunique con usted de manera diferente (por ejemplo, por correo estándar en lugar de por teléfono) o en un lugar diferente (por ejemplo, enviar materiales a una casilla de correo en lugar de a su dirección postal).
- Solicitar a Medicare que limite la manera en que se utiliza y divulga su información de salud para pagar sus reclamaciones y ejecutar el programa Medicare. Note que es posible que Medicare no pueda conceder su solicitud.
- Solicitar una copia en papel separada de estas prácticas de privacidad.
 - Si busca información acerca de las normas de privacidad, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se violan los derechos a la privacidad

- Puede presentar una queja por escrito
 - De manera electrónica a través de la Oficina de Derechos Civiles, en el portal de quejas, o en papel por correo, fax o correo electrónico
 - Comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles
 - Visite [HHS.gov/ocr/office/file/](https://www.hhs.gov/ocr/office/file/)
 - Llame al 1-800-368-1019. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-537-7697.
- No afectará a sus beneficios Medicare

Los programas gubernamentales que pagan servicios de atención médica como Medicare, Medicaid y los programas de atención médica para veteranos están cubiertos por la privacidad y las normas de seguridad de la Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA).

Si cree que Medicare ha violado sus derechos a la privacidad, puede presentar una queja.

Puede presentar una queja por correo, fax, correo electrónico a través del portal de quejas. Comuníquese con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles en [HHS.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](https://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/), o llamando al 1-800-368-1019. Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-537-7697.

Su queja no afectará a sus beneficios bajo Medicare.

Pruebe su conocimiento—Pregunta 7

Medicare DEBE divulgar su información de salud personal

- a. A su cónyuge
- b. Cuando así lo solicite su farmacia
- c. A usted o a otra persona con el derecho legal para actuar en su representación (su representante personal)
- d. Todo lo anterior

Pruebe su conocimiento—Pregunta 7

Medicare DEBE divulgar su información de salud personal

- a. A su cónyuge
- b. Cuando así lo solicite su farmacia
- c. A usted o a otra persona con el derecho legal para actuar en su representación (su representante personal)
- d. Todo lo anterior

Respuesta: c. A usted o a otra persona con el derecho legal para actuar en su representación (su representante personal)

Medicare **debe** divulgar su información de salud

- A usted
- A personas con el derecho legal para actuar en su representación
- A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
- Cuando lo solicite la ley

Lección 4—Derechos Medicare y Recursos de Protecciones

- Directivas por adelantado
- Intermediario de Medicare
- Otras fuentes de información acerca de los derechos y protecciones de Medicare

La Lección 4, “Derechos Medicare y Recursos de Protecciones” explica

- Directivas por adelantado
- El Intermediario de Medicare
- Otras fuentes de información acerca de los derechos y protecciones de Medicare

Directivas por adelantado

- Protéjase
- Transmita lo que desea a su entorno
 - En caso de que llegue un momento en el que no pueda hablar por sí mismo
- Complete una “Directiva por adelantado”
 - Identifica a la persona que desee que lo represente
 - Qué clase de atención médica desea
 - Qué clase de atención médica no desea

A medida que las personas viven más tiempo, existen grandes probabilidades de que no puedan tomar sus propias decisiones de atención médica, en algún momento de su vida. Enfermedades como Alzheimer y otras similares afectan la capacidad para tomar decisiones de atención médica.

Tomar decisiones acerca de la atención médica para el futuro es otra protección de atención médica que está disponible para todos, no solo para quienes tienen Medicare. Consulte los requisitos de su estado.

Las directivas por adelantado son documentos legales que le permiten dejar por escrito qué clase de atención médica desea recibir, en caso de que esté muy enfermo como para expresarse por sí mismo. A menudo, las directivas por adelantado incluyen un poder (poder legal duradero), un testamento en vida y otros deseos para después de la muerte.

Es importante hablar con su familia, amigos y proveedores de atención médica acerca de sus deseos, pero estos documentos legales aseguran que se cumplan sus deseos. Es mejor pensar por adelantado en estas decisiones importantes, antes de estar enfermo o de que se produzca una crisis.

Un poder legal para atención médica (a menudo denominado poder legal para atención médica) se utiliza para designar a la persona que desea que tome decisiones de atención médica de su parte, si usted no puede tomarlas por sí mismo. Tener un poder legal para atención médica es importante, porque si no pudiera tomar sus propias decisiones de atención médica, alguien en quien confíe debe poder tomar estas decisiones por usted.

Un testamento en vida es otra manera de asegurarse de que se conozcan sus deseos. Establece qué tratamiento médico usted aceptaría o rechazaría, en caso de que su vida estuviera en peligro. Por ejemplo, diálisis para insuficiencia renal, respirador si no puede respirar por sí mismo, resucitación cardiopulmonar si su corazón y sus respiración se detienen o alimentación por sonda, si no puede comer por sí mismo.

¿Quién es el intermediario del ciudadano de Medicare?

- Un intermediario del ciudadano es una persona que revisa quejas y ayuda a resolverlas
- El Intermediario de beneficiarios de Medicare ayuda a asegurar que la información esté disponible acerca de
 - Cobertura Medicare
 - Tomar decisiones de salud médica razonables
 - Derechos y protecciones Medicare
 - Resolver problemas
- El intermediario revisa las consultas presentadas por personas que tienen Medicare
- El intermediario del ciudadano reporta cada año al Congreso

Un intermediario es una persona que revisa quejas y ayuda a resolverlas.

El Intermediario de beneficiarios de Medicare ayuda a asegurar que la información esté disponible acerca de

- Cobertura Medicare
- Tomar decisiones de salud médica razonables
- Derechos y protecciones Medicare
- Resolver problemas

El intermediario del ciudadano revisa las consultas presentadas por las personas que tienen Medicare a través del teléfono 1-800-MEDICARE y del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP).

Visite Medicare.gov para obtener información acerca de consultas y quejas, actividades del intermediario del ciudadano y qué necesitan saber los afiliados a Medicare.

El intermediario del ciudadano reporta cada año al Congreso.

Pruebe su conocimiento—Pregunta 8

El intermediario de beneficiarios de Medicare se asegura de que la información esté disponible acerca de todo lo siguiente, ¿EXCEPTO de qué opción?

- a. Cobertura Medigap
- b. Tomar decisiones de salud médica razonables
- c. Derechos y protecciones Medicare
- d. Resolver problemas

Pruebe su conocimiento—Pregunta 8

El intermediario de beneficiarios de Medicare se asegura de que la información esté disponible acerca de todo lo siguiente, ¿EXCEPTO de qué opción?

- a. Cobertura Medigap
- b. Tomar decisiones de salud médica razonables
- c. Derechos y protecciones Medicare
- d. Resolver problemas

Respuesta: a. Su cobertura Medigap

El Intermediario de beneficiarios de Medicare ayuda a asegurar que la información esté disponible acerca de

- Cobertura Medicare
- Tomar decisiones de salud médica razonables
- Derechos y protecciones Medicare
- Resolver problemas

Gráfico de Recursos de Derechos y Protecciones Medicare

Recursos CMS	Recursos adicionales	Productos Medicare
<p>Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048) Medicare.gov</p> <p>Medicare.gov/claims-and-appeals/medicare-rights/get-help/ombudsman.html</p> <p>Medicare.gov/claims-and-appeals</p> <p>CMS.gov/bni (Iniciativa de Aviso de Beneficiario)</p> <p>Manual de Cuidados Administrados de Medicare, Capítulo 13, Quejas de beneficiarios, Determinaciones de organización y Apelaciones: CMS.gov/regulations-and-guidance/guidance/manuals/downloads/mc86c13.pdf</p>	<p>Organizaciones para el Mejoramiento de Calidad del Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia*</p> <p>Entidad de Revisión Independiente (solo reclamaciones de Medicare Advantage y Parte D)*</p> <p>Programas de Asistencia Estatal para Seguro Médico*</p> <p>U.S. Railroad Retirement Board RRB.gov</p> <p>HHS.gov</p> <p>*Para conocer los números de teléfono, llame a CMS 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 1-877-486-2048 para usuarios de TTY</p> <p>Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., Oficina de Derechos Civiles HHS.gov/ocr/office/index.html 1-800-368-1019 1-800-537-7697 para usuarios de TTY</p>	<p>"Manual Medicare y Usted" Producto CMS No. 10050</p> <p>"Derechos y Protecciones Medicare" Producto CMS No. 11534</p> <p>"Apelaciones Medicare" Producto CMS No. 11525</p> <p>Para acceder a estos productos:</p> <p>Vea y solicite copias individuales en Medicare.gov/publications.</p> <p>Solicite copias múltiples (solo socios) en productordering.cms.hhs.gov. Debe registrar a su organización.</p>

Programa Nacional de Capacitación de CMS (NTP)

Para ver todos los materiales de capacitación NTP o para suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, visite

[CMS.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html](https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Training/CMSNationalTrainingProgram/index.html)

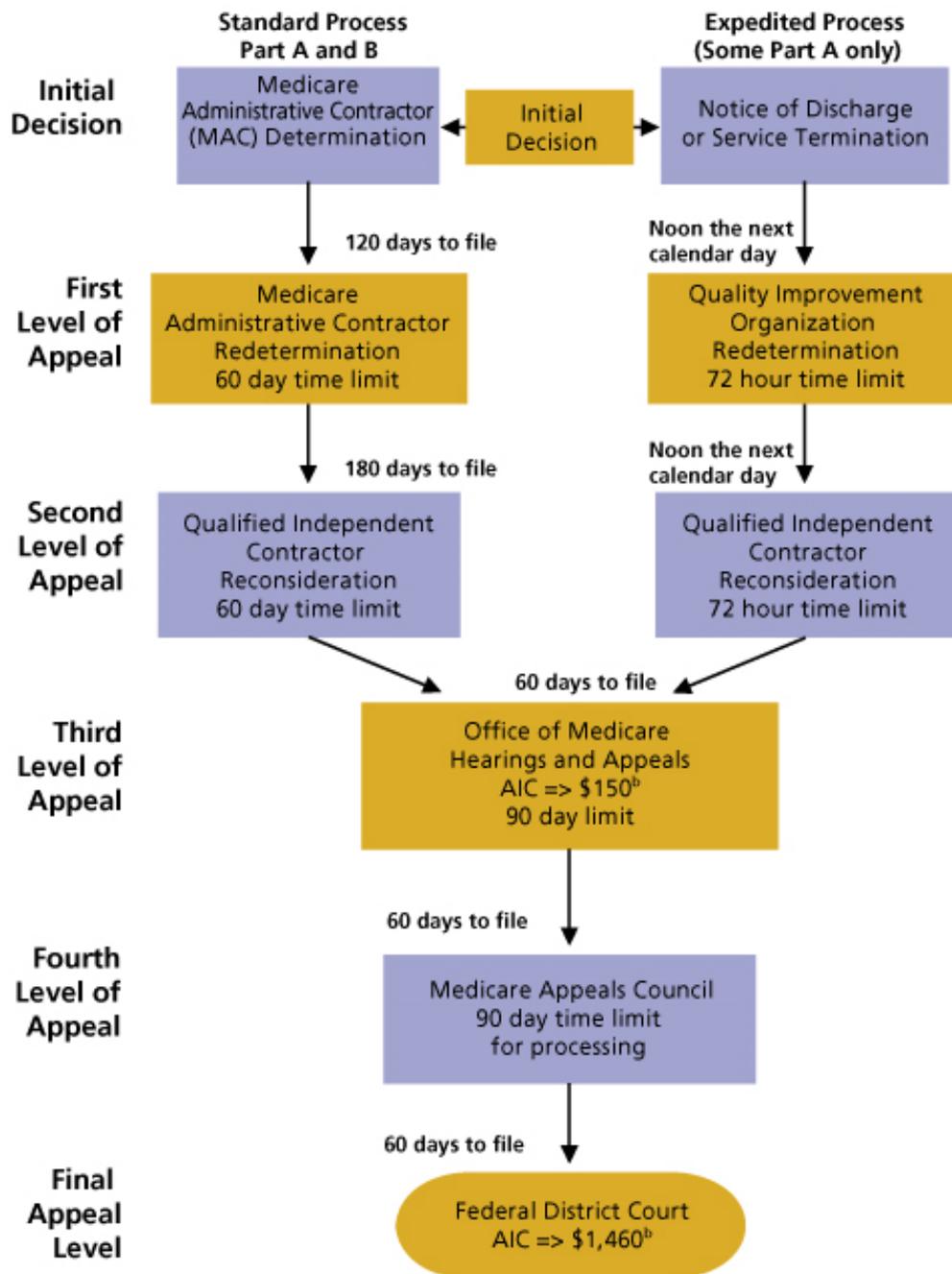
Para preguntas acerca de los productos de capacitación, envíe un mensaje de correo electrónico a training@cms.hhs.gov

Este módulo de capacitación está provisto por el Programa Nacional de Capacitación de CMS (NTP).

Para ver todos los materiales de CMS NTP disponibles, incluidos los módulos de capacitación, asistentes laborales, actividades educativas, seminarios en línea y cronogramas de taller o para suscribirse a nuestra lista de correo, visite [CMS.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram](https://www.cms.gov/outreach-and-education/training/cmsnationaltrainingprogram).

Para preguntas acerca de los productos de capacitación, envíe un mensaje de correo electrónico a training@cms.hhs.gov.

Parts A & B (Fee-for-Service) Process

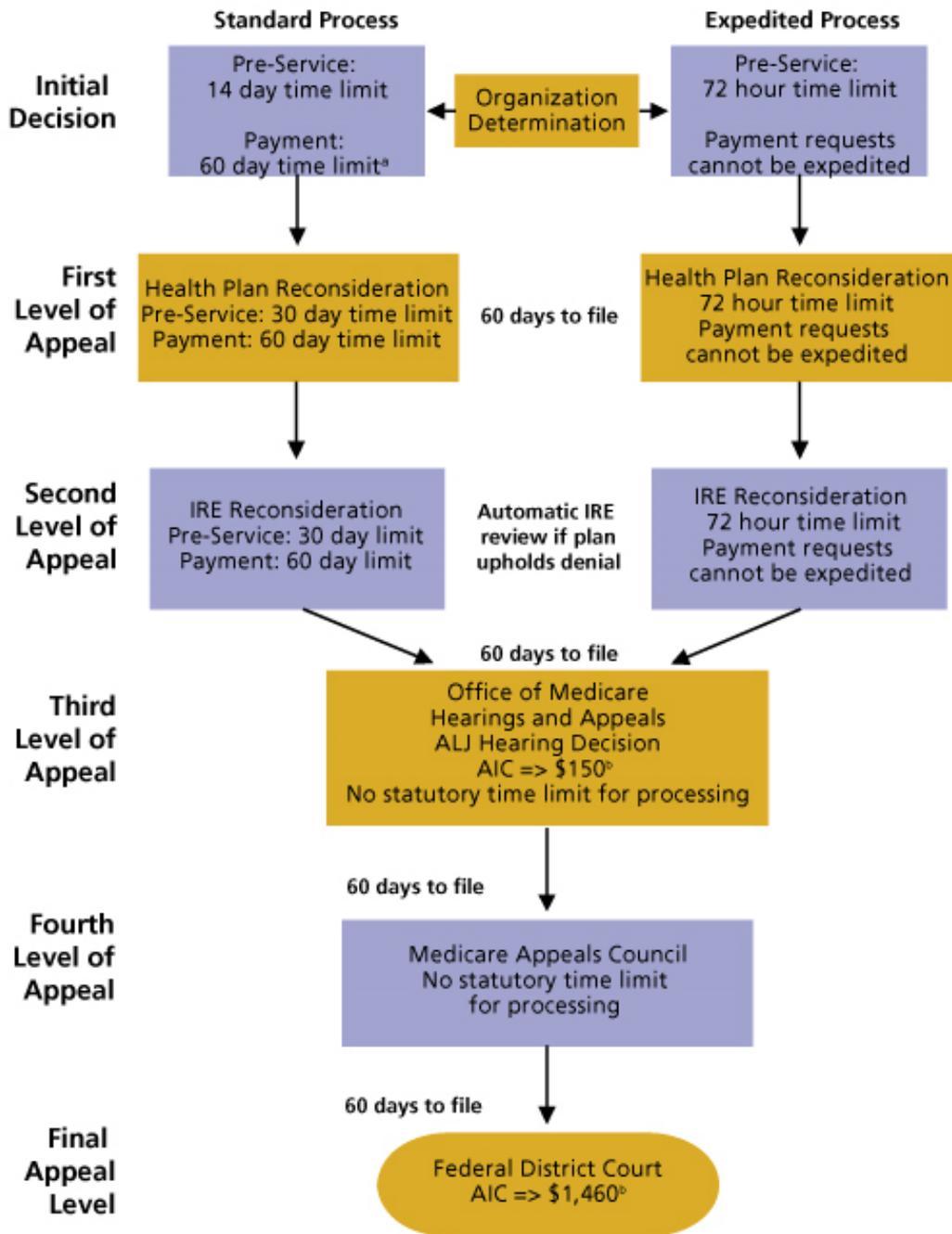


AIC = Amount in Controversy
 ALJ = Administrative Law Judge
 CDR/DDR = Chief/Deputy Regional Director of Medicare Administration (Contract MAC)
 QIC = Qualified Independent Contractor

MA-PD = Medicare Advantage Prescription Drug
 MIP = Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003
 PDP = Prescription Drug Plan
 QIC = Qualified Independent Contractor

a. Plans must process 95% of all clean claims from out-of-network providers within 30 days. All other claims must be processed within 60 days.
 b. The AIC requirement for all ALJ hearing and Federal District Court is adjusted annually in accordance with the medical care component of the Consumer Price Index.
 c. A request for a coverage determination includes a request for a timing exception or a formality exception.

Part C (MA) Process

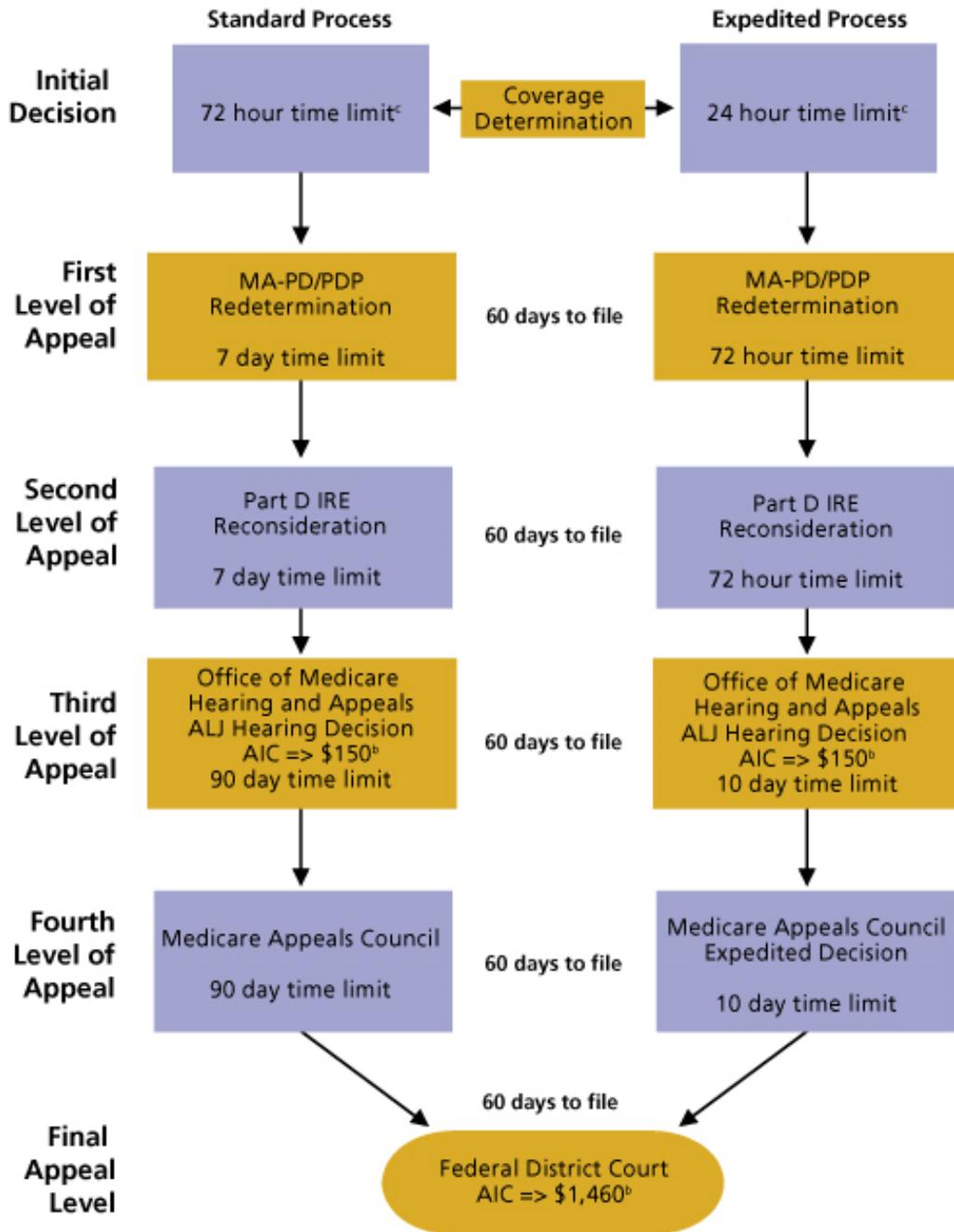


AIC = Associate in Contracting
 ALJ = Administrative Law Judge
 CDR = Contract Review, Center of Medicare Administration Contract (CMAC)
 IRE = Independent Review Entity

MA-PD = Medicare Advantage Prescription Drug
 MIPD = Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003
 PDP = Prescription Drug Plan
 QIC = Qualified Independent Contractor

a. Plans must process 95% of all clean claims from out-of-network providers within 30 days. All other claims must be processed within 60 days.
 b. The AIC requirement for all ALJ hearing and Federal District Court is adjusted annually in accordance with the medical care component of the Consumer Price Index.
 c. A request for a coverage determination includes a request for a timing exception or a formality exception.

Part D (Drug) Process



AIC = Amount in Controversy
 ALJ = Administrative Law Judge
 CDR 00201 = Fiscal Intermediary, Center for Medicare Administration Contractors (MAC)
 RE = Independent Review Entity

MA-PD = Medicare Advantage Prescription Drug
 MMA = Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act of 2003
 PDP = Prescription Drug Plan
 OC = Qualified Independent Contractor

a. Plans must process 95% of all clean claims from out-of-network providers within 30 days. All other claims must be processed within 60 days.
 b. The AIC requirement for all ALJ hearing and Federal District Court is adjusted annually in accordance with the medical care component of the Consumer Price Index.
 c. A request for a coverage determination includes a request for a formulary exception or a formulary exception.

Apéndice D: Notas al pie de las diapositivas 16, 26, 40, Apéndices A, B y C

a: Los planes deben procesar el 95% de todas las reclamaciones justas de los proveedores fuera de la red dentro de 30 días. Todas las reclamaciones restantes deben procesarse dentro de 60 días.

b: El requisito AIC para todas las audiencias del ALJ y la Corte Federal de Distrito se ajusta anualmente de acuerdo con el componente de atención médica del Índice de precios del consumidor.

c: Una solicitud de determinación de cobertura incluye una solicitud de excepción a los niveles o una excepción al formulario.

AIC = Importe en Controversia

ALJ = Juez de Derecho Administrativo

MA-PD = Medicamento Recetado de Medicare Advantage

MAC = Contratista Administrativo de Medicare o Consejo de Apelación de Medicare

MMA = Ley de Medicamentos Recetados, de Mejora y Modernización de 2003

El afiliado, el representante asignado, el Plan para Recetas Médicas (**PDP**) o el médico del afiliado pueden solicitar una determinación de cobertura.

Los marcos temporales de la adjudicación comienzan, en general, cuando el patrocinador del plan recibe la solicitud. Sin embargo, si la solicitud incluye una solicitud de excepción, el marco temporal de adjudicación comienza, cuando el patrocinador del plan recibe la declaración de respaldo del médico.

IRE = Entidad de Revisión Independiente

QIC = Contratista Independiente Calificado

Este gráfico refleja los importes **CY 2015 AIC**.

Apéndice E – Aviso Avanzado al Beneficiario según se trata en la diapositiva 20

Visite [CMS.gov/Medicare/Medicare-General-information/BN/index.html](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-information/BN/index.html).

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.

Apéndice F – Instrucciones para “Nombramiento de Representante”

Visite [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads /cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)

Las personas que representan a los afiliados pueden estar asignados o autorizados, ambos se denominan “representantes” para actuar en nombre de otro afiliado para presentar una queja, solicitar una determinación de organización o tratar con alguno de los numerosos niveles del proceso. Un afiliado puede designar a cualquier individuo (como familiar, amigo, abogado o médico) para que actúe como su representante.

Como alternativa, un representante (suplente) podría estar autorizado por la corte o actuar de acuerdo con las leyes estatales, para actuar en nombre de las personas. Un sustituto podría incluir, pero no está limitado a, un tutor designado por la ley, una persona que tiene un poder legal duradero o un poder de atención médica, o una persona designada bajo el estatuto de consentimiento de atención médica. Debido, en parte, al estado de incapacidad o de incompetencia legal del afiliado, no se requiere un sustituto para producir una forma representativa. En cambio, él/ella debe presentar todos los papeles legales que respaldan su estado, como representante autorizado del afiliado. Los planes de salud de Medicare con áreas de servicio que comprenden mucho más que un estado, deben desarrollar políticas internas para asegurarse estar atentos a los diversos requisitos de representación de cada estado, en sus áreas de servicio.

Envíe este formulario a la misma dirección a la que envió su

- (1) apelación, si está presentando una queja
- (2) de apelación, si está presentando una queja formal
- (3) determinación inicial o decisión, si está solicitando una determinación o decisión inicial.

Apéndice F – Formulario para “Nombramiento de Representante”

Visite [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf)

Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services

Form Approved OMB
No. 0938-0950

Appointment of Representative

Name of Party	Medicare or National Provider Identifier Number
---------------	---

Section 1: Appointment of Representative

To be completed by the party seeking representation (i.e., the Medicare beneficiary, the provider or the supplier):

I appoint this individual, _____ to act as my representative in connection with my claim or asserted right under title XVIII of the Social Security Act (the “Act”) and related provisions of title XI of the Act. I authorize this individual to make any request; to present or to elicit evidence; to obtain appeals information; and to receive any notice in connection with my appeal, wholly in my stead. I understand that personal medical information related to my appeal may be disclosed to the representative indicated below.

Signature of Party Seeking Representation	Date	
Street Address	Phone Number (with Area Code)	
City	State	Zip Code

Section 2: Acceptance of Appointment

To be completed by the representative:

I, _____, hereby accept the above appointment. I certify that I have not been disqualified, suspended, or prohibited from practice before the department of Health and Human Services; that I am not, as a current or former provider or supplier, subject to a suspension or debarment; and that I am not, as a provider or supplier, subject to a civil monetary penalty. I recognize that any fee may be subject to review and approval by the Secretary.

I am a / an _____
(Professional status or relationship to the party, e.g. attorney, relative, etc.)

Signature of Representative	Date	
Street Address	Phone Number (with Area Code)	
City	State	Zip Code

Section 3: Waiver of Fee for Representation

Instructions: This section must be completed if the representative is required to, or chooses to waive their fee for representation. (Note that providers or suppliers that are representing a beneficiary and furnished the items or services may not charge a fee for representation and **must** complete this section.)

I waive my right to charge and collect a fee for representing _____ before the Secretary of the Department of Health and Human Services.

Signature	Date
-----------	------

Section 4: Waiver of Payment for Items or Services at Issue

Instructions: Providers or suppliers serving as a representative for a beneficiary to whom they provided items or services must complete this section if the appeal involves a question of liability under section 1879(a)(2) of the Act. (Section 1879(a)(2) generally addresses whether a provider/supplier or beneficiary did not know, or could not reasonably be expected to know, that the items or services at issue would not be covered by Medicare.)

I waive my right to collect payment from the beneficiary for the items or services at issue in this appeal if a determination of liability under §1879(a)(2) of the Act is at issue.

Signature	Date
-----------	------

Form CMS-1696 (Rev 06/12)