



El Módulo 2 Derechos y Protecciones de Medicare explica sus derechos y protecciones si tiene el Medicare Original, un Plan de Medicare Advantage (como un HMO o PPO), otro plan médico de Medicare (como un Plan de Costo de Medicare, un Programa de Cuidado Total de Salud para Ancianos), o un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.



Este símbolo es utilizado en esta presentación para destacar los cambios basados en la Ley de Atención Médica Asequible (a bajo costo).

Este módulo de capacitación fue desarrollado y aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare y Medicaid. La información en este módulo estaba vigente hasta abril de 2011. Para buscar una versión actualizada de este módulo de capacitación, visite cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram/TL/list.asp. Si desea consultar las actualizaciones sobre la reforma del seguro médico, visite www.healthcare.gov.

El material del Programa de Entrenamiento Nacional de Medicare no es un documento legal. Las normas oficiales del programa Medicare están descritas en las leyes, reglamentos y disposiciones correspondientes.

Objetivos de la sesión

- En esta sesión no encargaremos de que usted pueda
 - Explicar los derechos y protecciones de Medicare
 - Entender las prácticas de privacidad de Medicare
 - Encontrar más información y recursos

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

2

En esta sesión no encargaremos de que usted pueda

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

Lecciones

1. Generalidades
2. Derechos en Medicare Original
3. Derechos en Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare
4. Derechos en los planes de medicamentos recetados
5. Derechos en otras situaciones
6. Prácticas de confidencialidad
7. Fuentes de información

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

3

Este módulo incluye lecciones acerca de

1. Generalidades
2. Derechos en Medicare Original
3. Derechos en un plan Medicare Advantage y otros planes de salud de Medicare
4. Derechos en los planes de medicamentos recetados
5. Derechos en otras situaciones
6. Prácticas de confidencialidad
7. Fuentes de información

1. Generalidades

- Sus derechos y protecciones de Medicare

Éstas son generalidades sobre derechos y protecciones de Medicare.

Los derechos garantizados

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

5

- Sin importar cómo recibe su Medicare, usted tiene ciertos derechos y protecciones diseñados para:
 - Protegerlo cuando recibe cuidado médico
 - Garantizar que reciba los servicios de cuidado médico que la ley diga que puede recibir
 - Protegerlo de prácticas deshonestas
 - Proteger su privacidad

Sus derechos

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

6

- Todas las personas que tienen Medicare tienen derecho a
 - Que se les trate con dignidad y respeto en todo momento
 - Que se les proteja de la discriminación
 - La discriminación es ilegal. Todas las compañías y agencias que trabajan con Medicare deben obedecer la ley, y no pueden tratarlo de manera distinta debido a su raza, color, origen nacional, incapacidad, edad, religión, o sexo (generalmente limitado a las quejas de discriminación presentadas contra los proveedores de servicios médicos y sociales que reciben ayuda económica federal).



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



Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Sus Derechos

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

7

- Todas las personas que tienen Medicare tienen derecho a
 - Que se les mantenga privada la información personal y médica.
 - Obtener mayor información acerca de este derecho



Si tiene el Medicare Original, consulte el “Aviso de prácticas de confidencialidad del Medicare Original” en su manual de “Medicare y Usted.” Visite www.medicare.gov/Publications para ver el manual o llame al 1-800-MEDICARE para pedir una copia.

- Si tiene un plan Medicare Advantage, otro plan médico de Medicare o un plan Medicare de medicamentos recetados, lea los materiales de su plan.

- Recibir información de manera que pueda entenderla de Medicare, los proveedores de cuidado médico, y, en ciertas circunstancias, contratistas.



Sus Derechos

- Recibir información que le ayude a tomar decisiones
 - Lo que está cubierto
 - Lo que paga Medicare
 - Cuánto tiene que pagar usted
 - Qué hacer para poner una queja o una apelación
- Que se le contesten las preguntas acerca de Medicare

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

8

- Todas las personas que tienen Medicare tienen derecho a
 - Recibir información comprensible acerca de Medicare para ayudarle a tomar decisiones de cuidado médico, incluyendo lo que está cubierto, lo que paga Medicare, cuánto tiene que pagar usted, y qué hacer si quiere poner una queja o una apelación.
- Que se le contesten las preguntas acerca de Medicare
 -  Visite www.medicare.gov.
 -  Llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) de su estado. Para obtener los números de teléfono más recientes de SHIP, llame al 1-800-MEDICARE, o visite www.medicare.gov/contacts.
- Llamar a su plan si está en un plan Medicare Advantage, otro plan médico de Medicare, o un plan Medicare de medicamentos recetados.

Sus Derechos

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

9

Todas las personas que tienen Medicare tienen derecho a

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

Sus Derechos

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

10

Todas las personas que tienen Medicare tienen derecho a

- Recibir servicios de cuidado médico en un lenguaje que comprenda y de manera culturalmente sensible



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

- Recibir cuidado de emergencia en el momento y lugar en que lo necesite
 - Si su salud está en peligro debido a una lesión grave, enfermedad repentina o una enfermedad que está empeorando rápidamente, llame al 911. Puede recibir cuidado de emergencia en cualquier parte de los Estados Unidos.
 - Para obtener información acerca del cuidado de emergencia



En el Medicare Original, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- En un plan Medicare Advantage u otro plan médico de Medicare, los materiales de su plan describen como obtener cuidado de emergencia.

Sus Derechos

- Que se envíen las reclamaciones a Medicare
- Obtener decisiones acerca de
 - Pago de cuidado médico
 - Servicios
 - Cobertura de medicamentos de receta
- Que se examinen (apelen) ciertas decisiones
 - Pago de cuidado médico
 - Servicios
 - Cobertura de medicamentos de receta

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

11

Todas las personas que tienen Medicare tienen derecho a

- Que se envíe una reclamación de pago a Medicare y a obtener una decisión acerca del pago de cuidado médico, servicios o cobertura de medicamentos de receta.
 - Incluso en los casos en que su médico diga que Medicare no va a pagar ciertos artículos o servicios, usted tiene derecho a solicitar que el médico envíe la reclamación a Medicare. Cuando lo haga, usted recibirá una notificación informándole qué es lo que pagará Medicare. Puede que sea distinto de lo que diga el médico. Si no está de acuerdo con la decisión de Medicare con respecto a su reclamación, tiene derecho a apelar.
- Que se examinen (por medio de una apelación) ciertas decisiones referentes al pago de cuidado médico, cobertura de servicios, y cobertura de medicamentos de receta.
 - Si no está de acuerdo con una decisión referente a sus reclamos o servicios, tiene derecho a apelar. Para mayor información:
 - Visite www.medicare.gov/appeals.
 - Llame al SHIP de su estado. Para obtener los números de teléfono de SHIP más recientes, llame al 1-800-MEDICARE, o visite www.medicare.gov/contacts. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Si tiene un plan Medicare Advantage, otro plan médico de Medicare o un plan de medicamentos recetados, lea los materiales de su plan.

Sus Derechos

- Presentar quejas
 - A veces se llaman agravios
 - Incluyen quejas referentes a la calidad del cuidado
 - En Medicare Original, llame al QIO
 - En un plan Medicare Advantage u otro plan de Medicare, llame al QIO, a su plan, o a los dos

- Además de los derechos mencionados, todos los beneficiarios de Medicare tienen derecho a:
 - Presentar quejas referentes a los servicios que han recibido, otras inquietudes o problemas que se tienen a la hora de recibir cuidado médico, y la calidad del cuidado médico recibido.
 - Si tiene alguna inquietud acerca de la calidad del cuidado que está recibiendo

En Medicare Original, llame a la Organización para Mejoras de Calidad (QIO) de su estado para poner una queja. Llame al 1-800-MEDICARE o visite www.medicare.gov/contacts para obtener el número de teléfono de su QIO.

En un plan Medicare Advantage u otro plan médico de Medicare, llame al QIO, a su plan, o a los dos. Si padece de Enfermedad Renal Terminal y tiene alguna queja acerca de su cuidado, llame a la Red de ESRD de su estado. Para obtener este número de teléfono, llame al 1-800-MEDICARE, o visite www.medicare.gov/contacts.

2. Sus Derechos en el Medicare Original

- Medigap
- Proceso de apelaciones
- Notificaciones

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

13

- Además de los derechos descritos en la sección anterior, tiene derechos adicionales cuando está inscrito en el Medicare Original.
 - Medigap
 - Proceso de apelaciones
 - Notificaciones

Sus Derechos en el Medicare Original

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

14

Sus derechos cuando está inscrito en el Medicare Original incluyen:

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

Derechos de Medigap en el Medicare Original

- Comprar una póliza de Medigap
 - También llamada Seguro Suplementario de Medicare
 - Derechos de emisión garantizada
 - No se le puede denegar cobertura de Medigap
 - No pueden imponerse condiciones en la cobertura
 - Debe cubrir condiciones pre-existentes
 - No se le puede cobrar más debido a problemas de salud anteriores o actuales
 - Algunos estados otorgan derechos adicionales

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

15

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

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

Derechos de apelación en el Medicare Original

▪ Solicitar una apelación

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

16

- En el Medicare Original usted tiene derecho a un proceso de apelación justo, oportuno y eficiente
- Puede solicitar una apelación si:
 - Uno de los servicios o artículos que ha recibido no está cubierto y usted cree que debería estarlo
 - Se ha denegado el pago de un servicio o artículo y usted cree que Medicare debería pagarlo
 - Usted no está de acuerdo con la cantidad pagada por Medicare por un servicio

Cómo apelar en el Medicare Original

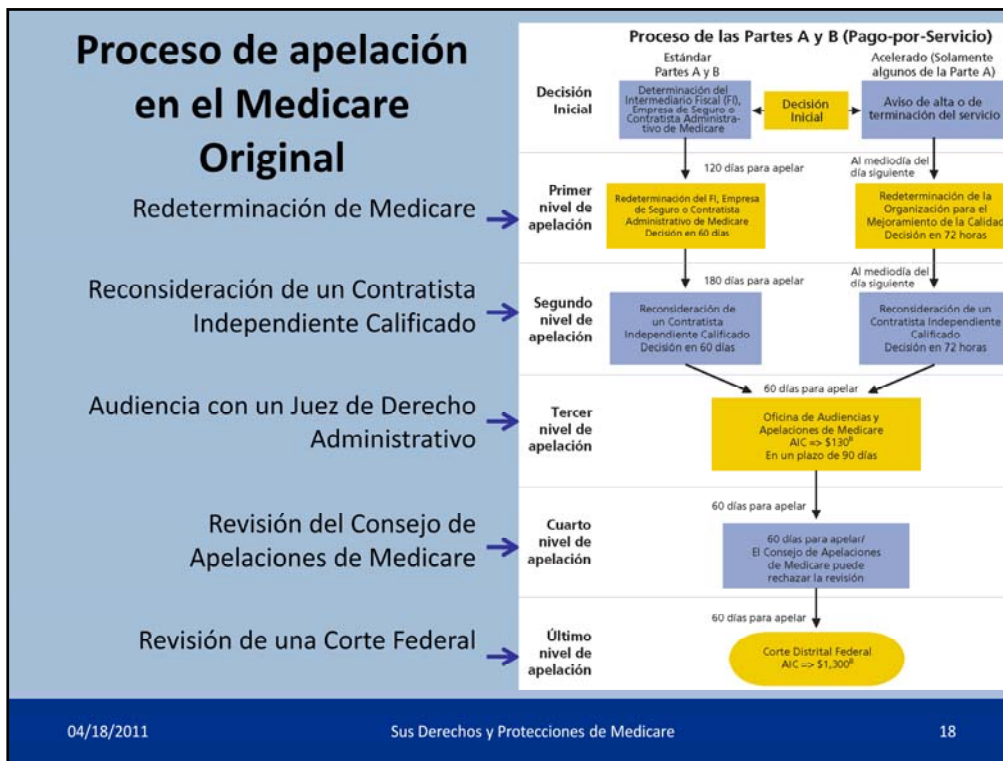
- El “Resumen de Medicare” (MSN) le mostrará
 - Por qué no ha pagado Medicare
 - Cómo apelar
 - Dónde tramitar su apelación
 - Cuánto tiempo tiene para apelar
- Busque toda la información que pueda ayudar su caso
- Guarde una copia de todo lo que le envíe a Medicare

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

17

- En el Medicare Original, cuando reciba un artículo o servicio cubierto por Medicare, recibirá un “Resumen de Medicare” (MSN). Esta notificación le dirá por qué no ha pagado Medicare, cómo apelar, dónde tramitar su apelación y cuánto tiempo tiene para apelar.
- Si decide apelar, pídale a su médico, proveedor de cuidado médico, o proveedor de equipo médico duradero (DME) que le dé cualquier tipo de información que pueda ayudar a su caso.
- Guarde una copia de todo lo que envíe a Medicare como parte de su apelación.



Hay cinco niveles en el proceso de apelaciones en el Medicare Original. Busque la tabla de los Procesos de Apelaciones de Parte A, B, C, y D en la sección de ayuda de CD u oblea.

- 1. Redeterminación por la compañía que se encarga de los reclamos de Medicare dentro de los 120 días siguientes** a la fecha en que reciba su MSN. Los detalles están en el MSN.
- 2. Reconsideración por un Contratista Independiente Calificado (QIC)** (un contratista que no haya tomado parte en la primera decisión). Los detalles se incluyen en la notificación de redeterminación.
 - Póngase en contacto con su Organización para Mejoras de Calidad (QIO) antes del mediodía del día anterior a que terminen los servicios cubiertos por Medicare para solicitar una apelación rápida.
- 3. Audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ) (su reclamo debe ser por una cantidad de dólares mínima, que se actualiza cada año: \$130 en 2011).** Envíe la solicitud a la oficina del ALJ que se indica en la notificación de reconsideración.
- 4. Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC).** Se incluyen detalles para solicitarla en la decisión de la audiencia del ALJ. No hay cantidad mínima de dólares para que el Consejo de Apelaciones de Medicare examine su apelación.
- 5. Examen por un tribunal Federal del distrito.** Para que una corte federal examine el caso, la cantidad restante en disputa debe satisfacer una **cantidad mínima de dólares, que se actualiza anualmente: \$1,300 en 2011.**

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

Apelación acelerada

- A veces se llama una determinación rápida
- Está recibiendo los servicios y le dan de alta demasiado pronto
 - Apelación a la Organización para Mejoras de Calidad (QIO)
 - Notificación al menos 2 días antes de que acaben los servicios
 - La QIO decide si deben continuar los servicios
- El derecho a una apelación rápida es el mismo para
 - Medicare Original
 - Plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

19

- Si se le admite a un hospital o centro de enfermería especializada, o si está recibiendo cuidados de un proveedor no institucional, como una agencia de cuidado en el hogar, hospicio o centro ambulatorio de rehabilitación general (CORF)
- Tiene derecho a una apelación acelerada (llamada a veces una determinación rápida) realizada por un contratista independiente conocido como Organización para Mejoras de Calidad (QIO) si cree que se le está dando de alta demasiado pronto.
 - Su proveedor le dará una notificación al menos 2 días antes de que acaben sus servicios diciéndole cómo solicitar una apelación acelerada
 - Si no recibe esta notificación, pídasela a su proveedor o a su plan
 - La QIO decidirá si deben continuar sus servicios
- Su proveedor no puede cobrarle mientras la QIO está tomando la decisión.
 - Si es usted paciente internado en un hospital, no será responsable por los pagos incurridos mientras se espera la decisión del la QIO aún si la decisión no es a su favor.
 - Si no es usted paciente interno de hospital, puede que sea responsable de los pagos incurridos mientras se espera la decisión de la QIO si la QIO decide que darlo de alta fue apropiado.
- Su derecho a una apelación rápida es el mismo tanto si está en Medicare Original, como si está un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan médico de Medicare.


Apelaciones aceleradas

- Pídale información a su médico
- Llame a la QIO para solicitar una apelación rápida
 - Antes del mediodía del día anterior a que acabe la cobertura
- Si se pasa de esa fecha límite, todavía tendrá derechos de apelación

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

20

- Le puede pedir a su médico cualquier tipo de información que pueda ayudar a su caso si decide tramitar una apelación acelerada.
- Tiene que llamar a su QIO local para solicitar una apelación rápida antes del mediodía del día anterior al día en que dice su notificación que va a acabar su cobertura.
 -  El número del QIO de su estado debe estar en su notificación. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)
- Si se le pasa la fecha límite, todavía le quedan derechos de apelación:
 - Si tiene el Medicare Original, llame a su QIO local
 - Si está en un plan Medicare Advantage, llame a su plan. Busque el número de teléfono en los materiales de su plan.
- Póngase en contacto con su SHIP local si necesita ayuda para tramitar una apelación.

Situación

- Dora fue hospitalizada recientemente con insuficiencia cardíaca congestiva. Está inscrita en el Medicare Original y no está satisfecha con el cuidado que recibió en el hospital. Dora cree que debe tratarse a los beneficiarios de Medicare con dignidad y respeto. ¿Cómo puede Dora asegurarse de que los funcionarios de Medicare se enteren de su experiencia?

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

21

- ¿Cuáles son las opciones de Dora?
- Respuesta: Dora puede presentarle una queja a la QIO.

– ¿Qué otras opciones tiene Dora?



Puede presentar una queja ante la Comisión Conjunta llamando al (630) 792-5000 o por Internet en jointcommission.org.



Otra opción sería ponerse en contacto con DHHS/Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-866-627-7748 o al 1-800-537-7697 para los usuarios de TTY.



También puede visitar el sitio web de OCR en hhs.gov/ocr/office/index.html

Protección contra las facturas inesperadas

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

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

22

- Se le protege de las facturas inesperadas. Si su proveedor de cuidado médico o de equipo médico cree que Medicare no va a pagar ciertos artículos o servicios, en muchas situaciones le dará una notificación que diga que es probable (o que es seguro) que Medicare no pagará los artículos o servicios. Esto se conoce como Aviso Anticipado de Falta de Cobertura para el Beneficiario (ABN). El ABN se utiliza solamente en el Medicare Original para los servicios de Parte B y los servicios de la Parte A provistos por hospicios e Instituciones de salud religiosas que no son médicas.
- No se requiere que los médicos y los proveedores le den un ABN para los servicios que Medicare no cubre nunca (es decir, los que están excluidos por ley), como los chequeos médicos de rutina (excepto el chequeo anual de bienestar), chequeos oculares de rutina, servicios dentales, audífonos, y cuidado de rutina para los pies; sin embargo, puede que le den, voluntariamente, un ABN para artículos y servicios excluidos por Medicare como cortesía.
- Puede aún recibir el servicio, se le pedirá que elija una opción y que firme para indicar que ha leído y que comprende la notificación.
- Si decide recibir los artículos o servicios enumerados en el ABN, tendrá que pagarlos si Medicare no lo hace.
 - En algunos casos, es posible que el proveedor pida que se le pague en el momento de recibir el servicio.
- Los proveedores (incluyendo los laboratorios independientes), médicos, profesionales médicos, y proveedores de equipo médico utilizan el ABN (Formulario CMS-R-131) en situaciones en las que se anticipa que Medicare denegará el pago porque hay una posibilidad de que el artículo o servicio no sea razonable o necesario.

Nota: Se provee una copia del ABN en el cuaderno de trabajo correspondiente (Anexo B). También puede obtenerlo en www.cms.gov/BNI/02_ABN.asp

Tipos de ABN

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

23

- Hay cuatro tipos de ABN para las personas que tienen el Medicare Original. Estas notificaciones explican que es posible que usted tenga que pagar ciertos servicios en ciertas condiciones. Los avisos incluyen:
 - **Aviso Anticipado de Falta de Cobertura para el Beneficiario (ABN)** – se utiliza solamente para servicios de la Parte B, y para servicios de hospicio de Parte A o cuando se proveen servicios en instituciones de cuidado de salud religiosos que no son médicos.
- Hay otros tipos de avisos para los beneficiarios de Medicare que se utilizan en entornos de cuidado de salud específicos. Como el ABN, estas notificaciones le explican que es posible que usted tenga que pagar ciertos servicios en ciertas condiciones. Las notificaciones incluyen:
 - **Aviso Anticipado para el Beneficiario de un Centro de Enfermería Especializada (SNFABN)**– se utilizan solamente para cuidado en los centros de enfermería especializada.
 - **Aviso Anticipado para el Beneficiario de Cuidados de Salud en el Hogar (HHABN)**– utilizado solo por las agencias de cuidado de salud en el hogar
 - **Aviso de Falta de Cobertura Emitido por el Hospital (HINN)** – utilizado para los pacientes internado cuando el hospital cree que tal vez Medicare no pague por los servicios o parte de los mismos.



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

Ejemplo de un caso de uso de ABN

El Sr. Torres va al laboratorio para que se le haga su examen anual de PSA. Como hay una limitación en la frecuencia para los pagos de Medicare de las pruebas de PSA (una vez al año), el laboratorio emite un ABN. El Sr. Torres está convencido de que ya ha pasado más de un año desde su última prueba, así que marca la Opción 1 en la ABN y firma el formulario, y se le saca sangre para el examen de PSA. Una semana después, recibe una factura del laboratorio. La cantidad que se le está cobrando es mucho mayor de lo que se le suele cobrar.

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

24

- Opción 1 -- el beneficiario quiere el servicio, quiere que el médico le envíe la factura a Medicare, y accede a pagar el artículo/servicio en el momento en que lo recibe.

Ejemplo de un caso de uso de ABN

¿Está obligado el Sr. Torres a pagar la factura?

- (a) No, no debe hacer pago alguno hasta que reciba su MSN. El ABN lo protegerá de toda responsabilidad hasta que se deniegue el reclamo.
- (b) Sí, el laboratorio puede solicitar el pago antes de que Medicare tome una decisión. Al firmar el ABN, ha aceptado la responsabilidad de pago del artículo o servicio proporcionado.

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

25

- Pregúnteles a los participantes cuál piensan que es la respuesta correcta.
- La prueba de PSA se incluye en la limitación de la frecuencia de cobertura— así que es apropiado emitir un ABN. El beneficiario eligió la opción 1, lo cual lo obliga a pagar al laboratorio tanto si Medicare cubre la prueba como si no, y le obliga a pagar antes de la decisión de cobertura de Medicare. Si el Sr. Torres escoge la Opción 1, el laboratorio está obligado a enviarle una reclamación a Medicare. Por lo tanto, si Medicare paga por la prueba, el laboratorio debe reembolsarle el pago al Sr. Torres.

Ejemplo de un caso de uso de ABN

El Sr. Torres recibe su MSN en el que se indica que Medicare ha denegado el pago porque ha excedido la limitación de la frecuencia para esta prueba. Nota que la factura del laboratorio es \$30 más de la cantidad que permite Medicare. ¿Qué cantidad debe pagarle al laboratorio?

- (a) Solo la cantidad que permite Medicare.
- (b) La cantidad total que le ha cobrado el laboratorio por la PSA. (La tarifa normal que se suele cobrar a los pacientes que no tienen Medicare.)
- (c) \$30

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

26

- Vuelva a pedir respuestas y explicaciones de por qué eligieron esa respuesta.
- Como el servicio no está cubierto por Medicare, los costos no se limitan a las cantidades que permite Medicare (es decir, costos limitados), el laboratorio puede cobrarle al beneficiario la cantidad normal que suele cobrar a los pacientes que no tienen Medicare.

Ejemplo de un caso de uso de ABN

El Sr. Torres examina sus archivos y descubre que han pasado 362 días entre las pruebas de PSA. Se disgusta y no cree que debería tener que pagar la prueba. Le llama a usted para preguntarle qué opciones tiene. ¿Tiene opción alguna?

- (a) Tiene que pagar la cuenta del laboratorio, pero puede tramitar una apelación para ver si Medicare paga la prueba.
- (b) Puede pedirle al laboratorio que vuelva a presentar la factura con una fecha distinta.
- (c) Puede decirle al laboratorio que ha apelado la decisión y que no va a pagarles hasta que se llegue la decisión de Medicare.

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

27

▪ **Respuesta: A**

Como la prueba no está cubierta bajo los límites de frecuencia estipulados, el Sr. Torres tiene que pagar la factura, pero puede apelar la decisión de Medicare.

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

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

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

Derechos en otros planes de salud

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

29

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

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

Derechos en otros planes de salud de Medicare

- Saber cómo se les paga a sus médicos
- Un proceso de apelaciones justo, eficiente y oportuno
 - 5 niveles de apelación
 - Carta de decisión explicando más derechos
 - Revisión automática por una IRE

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

30

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

- Saber cómo se les paga a sus médicos si usted se lo pide a su plan. Medicare no permite que los planes paguen a los médicos de manera que interfiera con que usted reciba el cuidado.
- Un proceso de apelaciones justo, eficiente y oportuno para resolver disputas con su plan. Tiene derecho a pedirle a su plan que provea o pague un servicio que usted crea debe cubrirse, proveerse o continuarse.
 - El proceso de apelaciones consiste en 5 niveles
 - Si se deniega la cobertura al nivel de la apelación, el beneficiario recibirá una carta explicando la decisión e instrucciones sobre la manera de proceder al siguiente nivel de apelación
 - Si el plan sigue denegando la cobertura a nivel de reconsideración, la apelación se envía automáticamente a la Entidad de Revisión Independiente (IRE) de la Parte C.



Para más detalles consulte la publicación sobre Derechos y Protecciones.

Derechos en otros planes de salud de Medicare

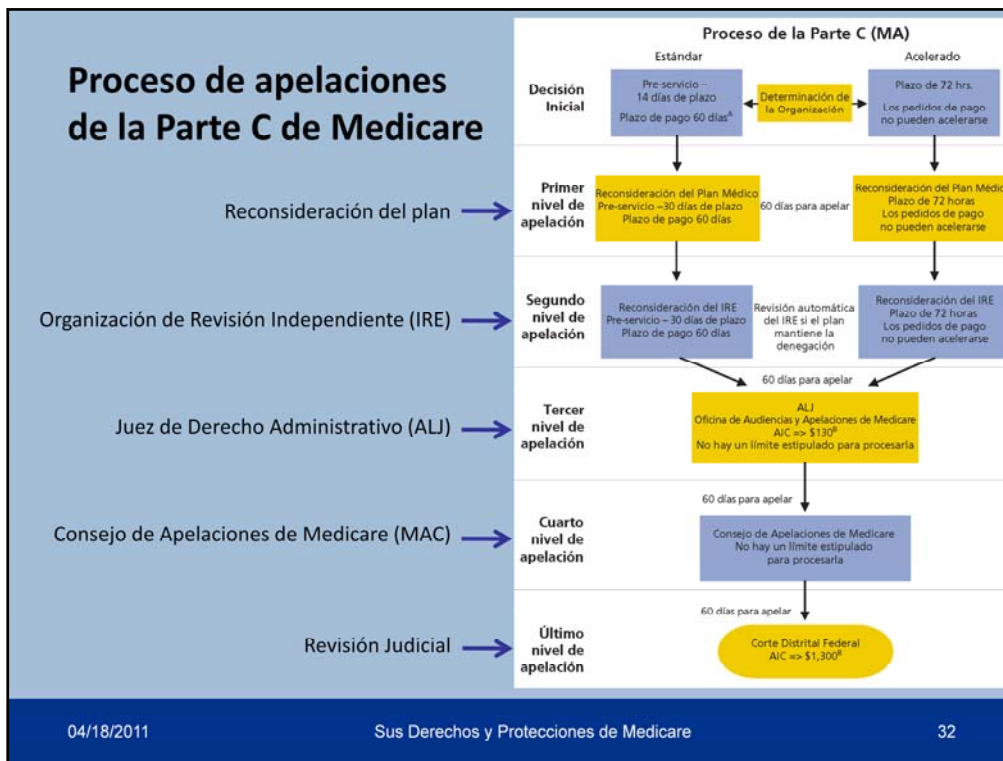
- Presentar una queja acerca de otras inquietudes o problemas
- Obtener una decisión de cobertura o información de cobertura

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

31

- Si tiene un plan de salud de Medicare, además de los derechos y protecciones indicados anteriormente en la primera sección, tiene derecho a:
 - Presentar una queja acerca de otras inquietudes o problemas con su plan. Consulte los materiales del plan o llámelos para averiguar cómo presentar una queja.
 - Obtener una decisión de cobertura o información de cobertura de su plan antes de recibir servicios.
 - Antes de recibir un servicio o suministro, puede llamar a su plan para averiguar si se va a ser cubierto u obtener información acerca de las reglas de cobertura.
 - También puede llamar a su plan si tiene preguntas y cuáles son sus derechos y protecciones para el cuidado de salud en el hogar. Su plan se lo tiene que decir si usted lo pregunta.



- Este gráfico le muestra los niveles de apelación para los planes Medicare Advantage y los planes médicos de Medicare. Los plazos difieren de acuerdo a si usted solicita una apelación estándar o si es elegible para una apelación acelerada.
- Si usted le solicita al plan que le brinde o que pague por un servicio o artículo y se lo niegan, puede apelar la decisión inicial del plan (“determinación de la organización”). Usted recibirá una carta en la que le explica el motivo por el cual el plan le denegó su solicitud e instrucciones para apelar la decisión del plan.
- Hay cinco niveles de apelación. Si usted está en desacuerdo con la decisión tomada en cualquiera de los niveles, puede apelar al nivel siguiente si reúne los requisitos para hacerlo.
- Después de apelar en cada nivel, usted recibirá instrucciones para hacerlo al nivel siguiente. Los cinco niveles de apelación son:
 - Reconsideración del plan de Medicare
 - Reconsideración de una Organización de Revisión Independiente
 - Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo
 - Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare (MAC)
 - Revisión de una Corte Federal

Nota: Este gráfico está disponible como una hoja informativa en el cuaderno de tareas.

Su derechos si presenta una apelación a su plan Medicare

- Derecho a pedirle su archivo al plan (el archivo de su caso)
 - Llame o escríbale al plan
 - El plan le puede cobrar una cantidad razonable por fotocopiar y enviarle el archivo

04/18/2011

Sus derechos y protecciones de Medicare

33

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

4. Sus derechos en los planes Medicare de medicamentos recetados

- Se le garantizan ciertos derechos y protecciones
- Medicare Original o MAPD

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

34

- Medicare trabaja con los planes privados para ofrecerles a los beneficiarios la cobertura de los medicamentos recetados de alta calidad y precio accesible que necesitan. Todos los planes Medicare de medicamentos recetados deben asegurarse de que sus miembros tengan acceso a los medicamentos que necesitan por motivos médicos para tratar sus problemas de salud.
- Si usted está inscrito en un plan Medicare de medicamentos recetados tiene ciertos derechos y protecciones garantizados. Estos derechos y protecciones son los mismos independientemente de que usted tenga el Medicare Original más un plan individual de medicamentos o que esté inscrito en un plan Medicare Advantage que ofrezca cobertura de sus recetas médicas.

Acceso a los medicamentos cubiertos

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

35

- Los planes Medicare de medicamentos recetados trabajan para brindarles a los beneficiarios de Medicare cobertura de alta calidad y precio accesible. Estos planes deben asegurarse de que sus miembros obtengan los medicamentos recetados necesarios para tratar sus problemas de salud.
- Cada plan tiene una lista de medicamentos cubiertos conocida como “formulario”.
- El formulario de un plan puede que no incluya todos los medicamentos que usted necesita. Sin embargo, en la mayoría de los casos, tendrán otro medicamento similar, seguro y eficaz.
- Los planes tienen que pagar tanto por los medicamentos de marca como por los genéricos.
- Las medicinas cubiertas incluyen, los medicamentos recetados, los productos biológicos y la insulina. Los insumos o suministros necesarios para inyectarse la insulina, como jeringas, agujas, hisopos embebidos en alcohol (palillos de algodón esterilizados) y gasa.
- Algunos métodos utilizados por los planes para controlar el acceso a ciertos medicamentos son:
 - Los formularios
 - Las autorizaciones previas
 - La terapia en niveles/pasos
 - Los límites a la cantidad

Acceso a los medicamentos cubiertos

- Los planes deben cubrir todos los medicamentos de seis categorías
 - Era “todos o sustancialmente todos” los medicamentos
 - La Ley de Atención Médica Asequible lo cambió a “todos”
- Categorías
 - Medicamentos para el cáncer
 - Tratamientos para el VIH/SIDA
 - Antidepresivos
 - Medicamentos antipsicóticos
 - Tratamientos anticonvulsivos para la epilepsia y otras condiciones médicas
 - Inmunosupresores

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

36

- CMS requiere que los planes de Medicamentos de Medicare cubran todos los medicamentos de seis categorías. Esto era “todos o sustancialmente todos” los medicamentos de seis categorías, pero la **Sección 3307** de la Ley de Cuidado Médico Asequible lo ha cambiado a “todos.” Las seis categorías incluyen
 - Medicamentos para el cáncer
 - Tratamientos para el VIH/SIDA
 - Antidepresivos
 - Medicamentos antipsicóticos
 - Tratamientos anticonvulsivos para la epilepsia y otras condiciones médica
 - Inmunosupresores

Suministro durante la transición

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

04/18/2011

Sus derechos y protecciones de Medicare

37

- Algunos miembros pueden estar tomando un medicamento que no está en la lista de medicamentos del plan o que es un medicamento de la terapia en pasos*. Medicare requiere que los planes les brinden a sus miembros un suministro para 30 días de todos los medicamentos cubiertos por Medicare, mientras hacen la transición, aun si dicha medicina no está en la lista del plan, es parte de la terapia en pasos*, o requiere una autorización previa. Esto les dará a usted y a su médico tiempo suficiente para reemplazar su medicamento por uno que esté en la lista (formulario) del plan. Sin embargo, si usted ya intentó usar un medicamento similar y no funcionó, o si su médico piensa que debido a su condición médica usted necesita un medicamento específico, el médico puede pedirle al plan que haga una excepción a las normas del formulario. Si le aprueban la excepción solicitada, el plan pagará por dicho medicamento. Si no le otorgan la excepción, usted puede apelar la decisión.
 - Es importante que entienda cómo trabajar con el formulario del plan y que planifique con antelación. Si le proporcionan un suministro de transición, no espere hasta que se le acabe el medicamento para hacer algo. Usted debe hablar con su médico acerca de:
 - La autorización previa (si fuese necesaria)
 - Los medicamentos alternativos que sean seguros y eficaces y que podrían ahorrarle dinero
 - La solicitud de una excepción, si fuera necesario por su condición médica
 - Si tiene preguntas sobre los medicamentos que están cubiertos, hable con su plan.
- *En la mayoría de los casos en la terapia en pasos, el miembro primero debe tomar ciertos medicamentos que son menos costosos y que se ha comprobado que son eficaces para la mayoría de las personas que padecen de ese problema de salud.

Solicitud de Determinación de Cobertura

- **Usted o el médico puede solicitar la determinación**
 - Un medicamento que usted cree que debería cubrirse no está cubierto
 - Un medicamento está cubierto a mayor costo
 - Tiene que satisfacer una regla de cobertura del plan
 - No cubre uno de los medicamentos del formulario
- **Solicítela antes de pagar o decidir pagar**
- **Tramite una solicitud estándar o acelerada**

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

38

- **Usted o su médico puede solicitar una determinación de cobertura si su farmacéutico o su plan le dice que:**
 - Un medicamento que usted cree que debe cubrirse no está cubierto
 - Un medicamento está cubierto a mayor costo de lo que cree que debería pagar
 - Tiene que satisfacer una regla de cobertura del plan (como autorización previa) antes de poder obtener el medicamento que ha solicitado
 - No va a cubrir uno de los medicamentos del formulario porque el plan opina que no necesita el medicamento
- **Puede solicitar una determinación de cobertura antes de pagar o recibir sus recetas, o puede decidir pagar la receta, guardar el recibo, y solicitar que el plan le reembolse cuando solicite una determinación de cobertura.**
- **Usted, su médico, u otra persona que haya emitido la receta puede solicitar una determinación de cobertura siguiendo las instrucciones que le envíe su plan. Puede tramitar una solicitud estándar o una solicitud acelerada.**
- **Si no está de acuerdo con la decisión de su plan, puede apelar.**

Solicitud de una "excepción"

▪ Solicitud de una **excepción**

- Usted cree que el plan debería cubrir un medicamento que no está en su formulario
- Su plan requiere que obtenga permiso (autorización previa)
- Usted cree que su plan debería cobrarle una cantidad menor
- Su plan le pide que pruebe otro medicamento
- Su plan tiene un límite de número de pastillas o dosis
- El médico/persona que emitió la receta cree que no puede satisfacer uno de los límites de la cobertura

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

39

- Usted, su médico, u otra persona que le recetó el medicamento puede solicitar una excepción si:
 - Usted cree que su plan debería cubrir un medicamento que no está en su formulario porque las otras opciones de tratamiento del formulario de su plan no le van bien a usted.
 - Su plan requiere que usted obtenga permiso (autorización previa) antes de cubrir un medicamento que se le ha recetado y usted no está de acuerdo.
 - Usted cree que su plan debería cobrar una cantidad inferior por un medicamento que está tomando en el nivel de medicamentos no preferidos del plan porque las otras opciones de tratamiento del nivel de medicamentos preferidos de su plan no le van bien a usted.
 - Su plan le pide que pruebe otro medicamento antes de cubrir un medicamento que se le ha recetado y usted no está de acuerdo.
 - Su plan tiene un límite con respecto al número de pastillas o dosis de un medicamento que se le ha recetado y usted no está de acuerdo.
 - Su médico u otra persona que ha emitido la receta cree que usted no puede satisfacer uno de los límites de cobertura de su plan, como la autorización previa, el límite de cantidad, o los límites de dosis.

Solicitud de una "excepción"

- Puede que necesite llamar o enviar una declaración de apoyo
- Tramite una solicitud estándar o acelerada

- Para solicitar una determinación de cobertura llamada una "excepción" su médico u otra persona que le haya recetado el medicamento, debe llamar o enviarle a su plan una declaración de apoyo explicando por qué necesita el medicamento que está solicitando. Consulte con su plan para averiguar si se requiere la declaración de apoyo y si debe hacerse por escrito. Si se requiere declaración de apoyo, el periodo de toma de decisión del plan empieza cuando el plan recibe la declaración de apoyo.
- Usted puede tramitar una solicitud estándar o acelerada (rápida).
- Si no está de acuerdo con la decisión, tiene derecho a apelar.

Excepción de Nivel

- Acceso medicamentos no preferidos
 - A costo más bajo que los medicamentos en el nivel preferido
 - Si el medicamento preferido del plan
 - No sería tan eficaz
 - Tendría efectos adversos

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

41

- Si el plan usa un sistema de Niveles de costos compartidos para administrar el beneficio de medicamentos recetados de Medicare, debe proporcionarle procedimientos de excepciones que le permitan obtener un medicamento no preferido haciéndole pagar el copago (más barato) de un medicamento del nivel de medicamentos preferidos.
- El plan debe otorgarle una excepción de nivel si determina que un medicamento preferido no sería tan eficaz como el medicamento que usted solicitó para tratar su condición médica y/o podría ocasionarle efectos colaterales.
- Cuando se aprueba una excepción de nivel, el plan debe brindarle la cobertura de un medicamento no preferido al costo compartido que se aplica a un medicamento preferido pero no al costo de la versión genérica de dicho medicamento. Además, si el plan mantiene un nivel del formulario en el que se colocan medicamentos únicos y de alto costo, debe diseñar el proceso de excepción de modo tal que los medicamentos de ese nivel no sean elegibles para una excepción de nivel.

Excepciones de Formulario

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

42

- Las excepciones al formulario les garantizan a los miembros el acceso a los medicamentos cubiertos por Medicare que no están incluidos en el formulario del plan o para los cuales el plan tiene normas especiales de cobertura. Estas normas especiales incluyen: la autorización previa, los límites a la cantidad y la terapia en pasos.
- Cuando se aprueba una excepción al formulario, el plan tiene la flexibilidad de determinar cuál es el nivel de costo compartido que aplicará para los medicamentos que no están en el formulario. Por ejemplo, el patrocinador de un plan podría aplicar el costo compartido del nivel de medicamentos no preferidos para todos los medicamentos que no están en el formulario y a los que se les haya otorgado la excepción.

Excepciones de Formulario

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

43

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

Excepciones Aprobadas

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

44

- Si se aprueba una solicitud de excepción, la excepción es válida para volver a surtir la receta durante el resto del año del plan, siempre que:
 - El miembro permanezca inscrito en el plan,
 - El médico siga recetando el medicamento, **y**
 - El medicamento siga siendo seguro para tratar la condición médica de la persona.
- El plan puede decidir extender la cobertura al nuevo año del plan. Si no, debe darle una notificación escrita al miembro ya sea en el momento en que se apruebe la excepción, o al menos 60 días antes de que acabe el año del plan. La notificación escrita debe darle al miembro la fecha en que va a acabar la cobertura, informarle del derecho de solicitar otra excepción, y del proceso para poner otra solicitud de excepción. Si no se extiende la cobertura, el miembro debe considerar la posibilidad de utilizar uno de los medicamentos del formulario del plan, solicitar otra excepción, o cambiar de planes durante el Periodo Anual de Inscripción Coordinada.

Solicitud de Apelaciones

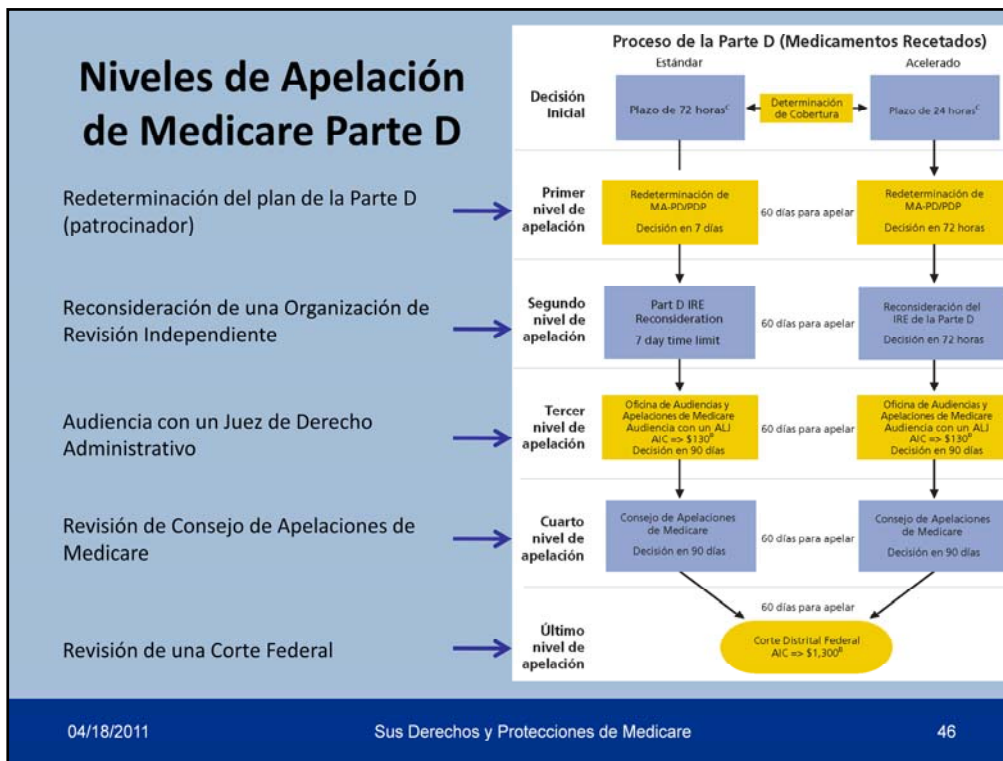
- Solicite una apelación si se le ha denegado la cobertura
- La notificación de denegación explicará cómo solicitar la apelación
- Hay cinco niveles en el proceso de apelación

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

45

- Cuando solicite apelaciones
 - Solicite una apelación si se deniega su solicitud de determinación de cobertura
 - La notificación de denegación explicará cómo solicitar una apelación y el proceso de solicitud de apelación
 - Hay cinco niveles en el proceso de apelaciones



- Si recibe una decisión inicial desfavorable, tiene derecho a apelar la decisión. Hay 5 niveles de apelación
 1. Redeterminación del plan de la Parte D (patrocinador)
 2. Reconsideración de una organización de revisión independiente
 3. Audiencia con un Juez de Derecho Administrativo
 4. Revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare
 5. Revisión de una Corte Federal

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

Notificaciones obligatorias

- En la farmacia
 - Cuando no pueden despacharle un medicamento tal y como lo indica la receta
- Después de cada determinación de cobertura o de una apelación
- Decisiones adversas
 - Debe incluir información sobre el nivel de apelación siguiente
 - Debe incluir instrucciones específicas para apelar

04/18/2011

Sus derechos y protecciones de Medicare

47

- Los patrocinadores de los planes deben asegurarse de que las farmacias de la red del plan le entreguen un Aviso de la farmacia cada vez que no le puedan despachar un medicamento tal y como lo indica la receta.
- Los patrocinadores de los planes deben proporcionarle notificaciones escritas después de cada determinación de cobertura o decisión sobre una apelación.
- Además, todas las otras entidades de apelación deben enviarle una notificación escrita sobre su decisión. Si la decisión es adversa, la notificación le explicará la decisión, incluirá información sobre el próximo nivel de apelación y le proporcionará información específica sobre cómo apelar al nivel siguiente.

Divulgación de los planes de la PHI

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

48

- Un proveedor o plan de cuidado médico, como un plan de medicamentos de Medicare, puede divulgar su Información Médica Personal (PHI) a alguien que lo ayude con sus beneficios de recetas médicas. Sin embargo, la regla aplica a todos los proveedores y planes, no solamente a los planes de medicamentos. Es importante destacar que se permite, pero no se requiere, que los planes médicos hagan estas divulgaciones.
- Su plan puede divulgar su PHI relevante a las personas que **usted** indique que participan en su cuidado médico o en sus pagos, incluyendo a las siguientes.
 - Miembros de su familia u otros parientes
 - Amigos personales
 - Otros (vea ejemplos en la diapositiva siguiente)
- Su plan puede divulgar su PHI las personas que usted identifique en las condiciones siguientes.
 - Cuando usted esté presente y acceda o el plan considere razonablemente que usted no objetará la decisión.
 - Cuando no está presente o está incapacitado, el plan puede ejercer su juicio profesional para determinar si la divulgación es lo que le conviene más.

El plan puede divulgar su PHI

Ejemplos

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

49

- Ejemplo de situaciones en las que el plan puede divulgar su PHI:
 - Cuando la hija /o de un beneficiario de Medicare está tratando de resolver un problema con una reclamación o pago para un beneficiario hospitalizado.
 - A un representante de recursos humanos si el beneficiario de Medicare participa en la llamada u otorga su autorización por teléfono.
 - A la oficina de un congresista o al personal de la misma que haya mandado por fax el pedido del beneficiario de ayuda al congresista.
 - Al personal de CMS si la información mediante la cual el beneficiario solicitó la ayuda de CMS, satisface al plan.

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

Ejercicio

A. ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto?

1. Las excepciones siempre se extienden al nuevo año del plan.
2. No se requiere que los planes despachen recetas que no están en la lista del plan, a los residentes de centros de cuidado de largo plazo.
3. Los planes deben cubrir todos los medicamentos de seis categorías.

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

50

Respuesta: 3. Los planes deben cubrir todos los medicamentos de seis categorías.

Ejercicio

B. Los Planes Medicare de medicamentos siempre proveen medicamentos genéricos sin costo alguno.

1. Cierto
2. Falso

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

51

Respuesta: 2. Falso.

Generalmente, los Planes de Medicamentos de Receta de Medicare cobran un copago por medicamentos genéricos.

Sus derechos en otras dependencias

- Un hospital
- Un Centro de Enfermería Especializada
- Una Agencia de Cuidado de la Salud en el Hogar
- Un hospicio
- Un Centro Ambulatorio de Rehabilitación General (CORF por su sigla en inglés)

Si ingresa al hospital o a un centro de enfermería especializada, o recibe servicios de un proveedor que no trabaje en una institución, como una agencia para el cuidado de la salud en el hogar, un hospicio o un CORF, tiene ciertos derechos y protecciones garantizados. Muchos de estos derechos y protecciones son los mismos ya sea que esté inscrito en el Medicare Original o en un plan de salud de Medicare.

Derecho a ser atendido en un Hospital

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

53

- Todas las personas que tienen Medicare, incluyendo los beneficiarios de los planes Medicare Advantage u otros planes médicos de Medicare, tienen derecho a recibir los servicios del hospital cubiertos por Medicare que necesiten para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión, incluyendo el cuidado de seguimiento que puedan necesitar después de salir del hospital.
- Cuando se le admita al hospital como paciente interno, recibirá una notificación llamada un *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos* y el hospital debe darle una copia de la notificación para que sepa sus derechos como paciente interno del hospital.

“Mensaje importante de Medicare”

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

54

- Durante su estancia en el hospital debe recibir una notificación llamada “Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos” (que se llama a veces, el “Mensaje importante de Medicare” o “IM”) que debe firmar usted (o su representante). Debe recibir esta notificación si está en Medicare Original o un plan Medicare Advantage. Si no recibe esta notificación, pídale. En ella le explican:
 - Su derecho a recibir todos los servicios de hospital que sean médicamente necesarios y estén relacionados con la condición médica por la cual se le admitió
 - Su derecho a participar en todas las decisiones que tome el hospital, su médico, o cualquier otra persona acerca de sus servicios de hospital, y saber quién los va a pagar
 - Su derecho a recibir los servicios que necesite después de salir del hospital
 - Su derecho de apelar una decisión de darle de alta y los pasos para apelar la decisión
 - Las circunstancias en las cuales pueden pagarse sus servicios de hospital durante la apelación (excepto para seguros conjuntos o deducibles aplicables)
 - Lo que puede que pague por seguir en el hospital después de su fecha de alta
 - Información sobre su derecho a recibir una notificación detallada acerca de por qué van a terminar sus servicios cubiertos
 - Su derecho a reportar las inquietudes que pueda tener acerca de la calidad del cuidado que reciba
- Si el hospital le entrega el “Mensaje importante de Medicare” más de 2 días antes del día de su alta, debe darle una copia de su “Mensaje Importante de Medicare” original firmado, o darle uno nuevo (que debe usted firmar otra vez) antes de darlo de alta.

Nota: Se ha provisto una copia del Mensaje Importante de Medicare en la parte de atrás del cuaderno de tarea correspondiente (ver Anexo E). También puede obtenerla en cms.gov/BNI/12_HospitalDischargeAppealNotices.asp.

Proceso del plan de apelaciones aceleradas

- “Aviso de falta de cobertura de Medicare”
 - Se entrega al menos 2 días antes de que terminen los servicios
- Póngase en contacto con la QIO si los servicios van a acabar demasiado pronto
 - Consulte el aviso para ver cómo ponerse en contacto con su QIO
- La QIO debe notificarle su decisión
 - Al final del día siguiente a que reciba la información

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

55

- Con el proceso de apelación acelerada del plan, usted:
 - Tiene derecho a pedirle a la Organización para Mejoras de Calidad (QIO) que le exija a su plan que provea o pague un servicio cubierto por Medicare que usted cree que debería continuarse en un centro de enfermería especializada, con una agencia de salud en el hogar, o en un centro ambulatorio de rehabilitación general.
 - Su proveedor debe entregarle un *Aviso de Falta de Cobertura de Medicare* al menos 2 días antes de que acabe el cuidado médico de SNF, CORF o HHA cubierto por Medicare.
- Si usted cree que los servicios van a acabar demasiado pronto, póngase en contacto con su QIO antes del mediodía del día antes de que acaben los servicios cubiertos por Medicare para solicitar una apelación rápida.
 - Consulte el aviso para saber cómo ponerse en contacto con su QIO y para ver información adicional importante.
- La QIO debe notificarle de su decisión antes del fin del día hábil siguiente al día en que reciba toda la información necesaria.
 - El plan tiene que darle una *Explicación Detallada de Falta de Cobertura*. Esta notificación le explicará por qué va a suspenderse la cobertura.
 - Tiene derecho a pedir que el Contratista Independiente Calificado (QIC) lleve a cabo una reconsideración si no está satisfecho con los resultados de la apelación rápida.

6. Prácticas de confidencialidad de Medicare

- Una breve explicación de las prácticas de confidencialidad de Medicare

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

56

- Medicare tiene reglas especiales que protegen su privacidad. Tal vez usted conozca algunas de estas normas cuando visita al médico o va a recoger una receta.

“Aviso sobre las prácticas de privacidad”

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



04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

57

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



La Notificación de Prácticas de Privacidad se publica anualmente en el manual *Medicare y Usted*.



Para mayor información, vaya a medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1- 800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Divulgación obligatoria

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

04/18/2011

Sus derechos y protecciones de Medicare

58

- Medicare **debe** divulgar su información médica personal
 - A usted o a la persona que legalmente lo representa
 - A la Secretaria del Departamento de Salud y Servicios Humanos, para garantizar que se proteja su privacidad
 - Cuando lo requiera la ley

Divulgación autorizada

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

04/18/2011

Sus derechos y protecciones de Medicare

59

- Medicare puede usar y divulgar su información médica personal para pagar por su atención médica y operar el programa Medicare.
- Por ejemplo:
 - Las empresas contratadas por Medicare usan su información médica personal para pagar o denegar sus reclamaciones, para cobrar las primas y compartir los pagos con su otro seguro(s), así como para preparar el Resumen de Medicare (MSN).
 - Medicare puede usar su información médica personal para asegurarse de que usted y otros beneficiarios reciban servicios de calidad, para ofrecerle una mejor atención al cliente, para resolver sus quejas o para comunicarse con usted acerca de los estudios de investigación.

Otras divulgaciones autorizadas

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

04/18/2011

Sus derechos y protecciones de Medicare

60

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

Derechos y protecciones adicionales

- Medicare necesita su consentimiento por escrito (autorización)
 - Para divulgar cualquier tipo de información que no esté permitida o cuya divulgación sea obligatoria
- Usted puede revocar su autorización en cualquier momento

04/18/2011

Sus derechos y protecciones Medicare

61

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

Derechos de privacidad

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

04/18/2011

Sus derechos y protecciones de Medicare

62

- Usted tiene derecho a:
 - Ver y copiar su información médica personal
 - Corregir cualquier información incompleta o errónea
 - Saber quién ha recibido su información médica para otros propósitos que no sean el pago de sus reclamaciones, operar el programa Medicare o para velar por el cumplimiento de la ley
 - Pedirle a Medicare que se comunique con usted de un modo diferente y en un lugar distinto (por ejemplo enviándole los documentos a un Apartado Postal en vez de a su domicilio)
 - Pedirle a Medicare que limite el modo en que se usa su información médica personal ya sea para el pago de las reclamaciones o para operar el programa Medicare. Tenga en cuenta que Medicare podría no estar de acuerdo con su pedido.
 - Solicite una copia impresa separada sobre sus derechos de privacidad



Si desea información sobre las prácticas de confidencialidad, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Violación a sus derechos de confidencialidad

- Usted puede presentar una queja
 - Llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 o
 - Comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de HHS
 - Visitar www.hhs.gov/ocr/hipaa o
 - Llame al 1-866-627-7748.
 - Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
 - No afectará sus beneficios

04/18/2011

Sus derechos y protecciones de Medicare

63

- Si usted cree que en el Medicare Original se han violado sus derechos de confidencialidad, puede presentar una queja de la siguiente manera:
 - Llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y hablando con un representante de servicio al cliente. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
 - Comunicándose con la Oficina de Derechos Civiles de HHS en www.hhs.gov/ocr/hipaa o llamando al 1-866-627-7748. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- Su queja no afectará a los beneficios que recibe de Medicare.



7. Fuentes de Información para los Derechos y las Protecciones de Medicare

- Generalidades sobre dónde obtener información sobre los Derechos y las Protecciones de Medicare

- Hay más información y recursos disponibles para ayudarlo.

Protéjase dando instrucciones anticipadas

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

04/18/2011

Sus Derechos y Protecciones de Medicare

65

- A medida que la gente vive más tiempo, aumentan las probabilidades de que en algún momento, no puedan tomar sus propias decisiones médicas. La enfermedad de Alzheimer's y otras enfermedades pueden afectar su capacidad para tomar este tipo de decisiones.
- Planificar sus instrucciones anticipadas es otra forma de protección disponible para cualquier persona no solamente para los beneficiarios de Medicare. Entérese cuáles son los requisitos de su estado.
- Las instrucciones anticipadas son documentos legales que le permiten poner por escrito cuál es el tipo de atención médica que le gustaría recibir si llegara el momento en que esté tan enfermo que no pueda expresarse por usted mismo. Las instrucciones anticipadas por lo general incluyen; la designación de un representante legal, un testamento en vida, y sus deseos para después de su muerte.
- Si bien es importante que hable con su familia, amigos y su médico sobre sus deseos, estos documentos legales le garantizan que sus deseos sean cumplidos. Es mejor pensar sobre estas decisiones importantes antes de enfermarse o de que le sobrevenga una crisis.
- El poder legal para la atención médica (*Health care proxy*) se usa para designar a la persona que usted quiere que tome sus decisiones médicas en caso de que usted no pudiera hacerlo. Es importante que usted designe a dicha persona, porque si usted repentinamente ya no puede tomar sus decisiones médicas, la persona en la que confía lo hará por usted.
- Un testamento en vida es otra forma de asegurarse que sus deseos se cumplan. El mismo indica cuál es el tratamiento médico que aceptaría o rechazaría si su vida corriera peligro, por ejemplo: diálisis si su riñón no funcionara, un respirador artificial si ya no pudiera respirar por sus propios medios, resucitación cardiopulmonar (CPR por su sigla en inglés) si su corazón y su respiración se detuvieran, o alimentación por un tubo si ya no pudiera alimentarse.

Intermediario de Medicare

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

04/18/2011

Sus derechos y protecciones de Medicare

66

- Otra protección para las personas con Medicare es el Intermediario del Beneficiario de Medicare. El Intermediario trabaja para asegurarse de que las personas con Medicare obtengan la información y la ayuda que necesitan para entender las opciones que les ofrece Medicare y hacer uso de sus derechos y protecciones.
- El Intermediario puede indentificar asuntos y problemas relacionados con los pagos y la cobertura, pero no aboga por aumentos en los pagos del programa o nueva cobertura de los servicios.

Intermediario de Medicare (continuación)

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

04/18/2011

Sus derechos y protecciones de Medicare

67

- El Intermediario de Medicare trabaja para asegurarse de que la organización que debería ayudarle con sus quejas, apelaciones, inquietudes o preguntas sobre Medicare trabajen como deben y le responde a la brevedad.
- Por ejemplo, el Intermediario del Beneficiario de Medicare le puede ayudar si:
 - Usted necesita ayuda para apelar una decisión.
 - Tiene algún problema para inscribirse o cancelar un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO), otro plan Medicare o un Plan Medicare de Medicamentos Recetados.
 - Usted tiene preguntas sobre las primas de Medicare.
 - Necesita ayuda para entender sus derechos y protecciones de Medicare.

Guía de Recursos sobre los Derechos y Protecciones de Medicare

Recursos	Productos de Medicare	
<p>Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048)</p> <p>Medicare.gov Medicare.gov/basics/appealsoverview.asp</p> <p>cms.gov/bni</p> <p>cms.gov/center/ombudsman.asp</p> <p>Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos hhs.gov/ocr/office/index.html 1-866-627-7748 1-800-537-7697 para usuarios de TTY</p>	<p>Programas Estatales de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)*</p> <p>Organización Estatal para Mejoras de Calidad (QIO)</p> <p>Entidad de Revisión Independiente (solo para reclamos de MA y de Parte D)</p> <p>*Para obtener los números de teléfono, llame a CMS 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 1-877-486-2048 para los usuarios de TTY</p>	<p>Manual de Medicare y Usted Producto de CMS No. 10050</p> <p>Sus Derechos y Protecciones de Medicare Producto de CMS No. 10112</p> <p>Para acceder a estos productos: Vea y encargue copias individuales en Medicare.gov</p> <p>Para encargar copias múltiples (socios solamente), vaya a productordering.cms.hhs.gov. Tiene que registrar su organización.</p>
04/18/2011	Sus Derechos y Protecciones de Medicare	68

Recursos gubernamentales para mayor información

- Llame a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede obtener información en Medicare.gov
- Hay información disponible para obtener respuestas a preguntas generales sobre Medicare del Intermediario de Medicare en cms.gov/center/ombudsman.asp
- Si cree que ha sido víctima de la discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (OCR), al 1-866-627-7748 o al 1-800-537-7697 para los usuarios de TTY. Puede también visitar el sitio web de DHHS/OCR en hhs.gov/ocr/office/Index.html

Recursos de la industria para mayor información

- Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)*
- Organización Estatal para Mejoras de Calidad (QIO)
- Entidad de Revisión Independiente (solo para los reclamos de MA y de Parte D)

Para obtener los números de teléfono, llame al CMS

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
- 1-877-486-2048 para los usuarios de TTY

Productos de Medicare

- *Manual de Medicare y Usted* (Producto de CMS No. 10050)
- *Sus Derechos y Protecciones de Medicare* (Producto de CMS No. 10112)

Para acceder a estos productos:

- Vea y encargue copias individuales en: **Medicare.gov**
- Para encargar copia múltiples (socios solamente), vaya a productordering.cms.hhs.gov. Tiene que registrar su organización.

Este módulo fue ofrecido por

 **National Medicare**
TRAINING PROGRAM

Si tiene preguntas sobre estos materiales
de entrenamiento, envíe un correo electrónico a

www.NMTP@cms.hhs.gov

Para ver todos los materiales NMTP o para suscribirse
a nuestra listserv (lista de servicios), visite

www.cms.gov/NationalMedicareTrainingProgram