

Recordatorio sobre los fraudes: tenga cuidado con el fraude relacionado con los sustitutos dérmicos

Las apelaciones son muy importantes si le deniegan cobertura por un servicio o artículo de salud que usted necesita. Sin embargo, algunas cosas que una persona no recibió, no solicitó o no necesitaba se facturan al Medicare de dicha persona, por ejemplo, un sustituto dérmico. Los costos de Medicare para los sustitutos dérmicos se dispararon al punto de superar los \$10 mil millones anuales a finales de 2024. Los datos muestran que este tipo de tratamiento es vulnerable a las estafas. Los sustitutos dérmicos suelen usarse para las lesiones crónicas que no están sanando y que no han respondido bien a otros tratamientos.



Los tratamientos comunes de la atención de lesiones incluyen vendajes especiales o sustitutos dérmicos. Los sustitutos dérmicos actúan como una cubierta protectora y apoyan el crecimiento de tejido nuevo. Pueden estar hechos con materiales biológicos (por ejemplo, tejido humano o animal donado) o materiales sintéticos.



Para las lesiones más complicadas, existen tratamientos quirúrgicos, como injertos de piel. Los injertos de piel son cuando piel saludable de una parte del cuerpo se utiliza para cubrir o reparar piel dañada de otra parte del cuerpo.

Es importante poner atención a las señales de advertencia relacionadas con los sustitutos dérmicos, para que pueda detectar y reportar a las personas con malas intenciones.

Señales de advertencia:

- Encuentra reclamos en sus estados de cuenta de Medicare por sustitutos dérmicos que usted no recibió, no solicitó o no necesitaba.
- Le proporcionan o le cobran por tratamientos no necesarios por razones médicas o por cantidades excesivas de producto.
- Un representante de ventas le ofrece cuidado de lesiones complicado a uno de sus seres queridos en cuidado de hospicio. Los pacientes que están cerca

del final de sus vidas pueden ser vulnerables al fraude relacionado con los sustitutos dérmicos.

Los sustitutos dérmicos pueden aparecer en sus estados de cuenta de Medicare con los siguientes códigos de facturación:

- Productos de sustitutos dérmicos: Q4100-Q4397
- Aplicación de sustitutos dérmicos: 15271-15278



A quién contactar para recibir más ayuda:

- Contacte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para que le ayuden a entender lo que Medicare cubre.
- Contacte a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés), si ha experimentado un posible fraude, abuso o error contra Medicare.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
Línea gratuita de SHIP: 800-247-4422	Línea gratuita de la SMP: 800-247-4422
Correo electrónico de SHIP: idahoshiba@doi.idaho.gov	Correo electrónico de la SMP: idahoshiba@doi.idaho.gov
Sitio web de SHIP: shiba.idaho.gov	Sitio web de la SMP: Medicare Fraud Prevention - Idaho Commission on Aging
Para encontrar un SHIP en otro estado: Llame al 877-839-2675 (y diga "Medicare" cuando se lo pidan) o visite www.shiphelp.org	Para encontrar una SMP en otro estado: Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org

Centro de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiphelp.org | info@shiphelp.org
 Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org
 © 2026 Medicare Rights Center | www.medicareinteractive.org

El Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center) es autor de ciertas secciones del contenido en estos materiales, pero no es responsable por ningún contenido que el Centro de Derechos de Medicare no haya creado. Este documento está respaldado por la Administración de Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), como parte de una concesión de ayuda económica con un total de \$3,000,000, de los cuales el 100 % está financiado por ACL/HHS. El contenido pertenece al autor o autores y no representa necesariamente los puntos de vista oficiales, ni el respaldo, de ACL/HHS ni del gobierno estadounidense.

Apelaciones de Medicare original y Medicare Advantage

Si le denegaron cobertura para un servicio o artículo de salud, usted puede apelar la decisión. Una apelación es una solicitud formal para que se revise una decisión tomada por Medicare original o por su Plan Medicare Advantage.

Antes de iniciar su apelación



Llame a su proveedor de atención de salud para averiguar si cometieron un error que haya provocado la denegación. De no ser así, pida que le ayuden con la apelación. Su médico puede escribir una carta de apoyo que respalde su apelación o incluso puede apelar en su nombre.



Llame a Medicare o su Plan Medicare Advantage para obtener más información sobre la razón de su denegación. Su carta de apelación debe incluir esta razón.



Lea sus avisos de denegación u otros documentos de Medicare o de su Plan Medicare Advantage. Estos avisos tienen instrucciones y plazos que usted debe seguir.

Apelaciones de Medicare original

Para iniciar su apelación, siga las instrucciones incluidas en su Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés). Esto incluye encerrar en un círculo el servicio denegado mencionado y llenar la sección sombreada al final del MSN. Luego, envíe su apelación al Contratista Administrativo de Medicare (MAC, por sus siglas en inglés) en un plazo de 120 días a partir de la fecha en su MSN. La dirección del MAC está incluida en su MSN. Esto iniciará su apelación.

Apelaciones de Medicare Advantage

Denegaciones antes de recibir el servicio o artículo de salud: Primero, necesita obtener una decisión oficial por escrito de su plan, llamado Aviso de Denegación de Cobertura Médica. Siga las instrucciones en este aviso y presente su apelación en un plazo de 60 días a partir de la fecha en el aviso. Tendrá que enviar una carta a su plan donde explique por qué necesita el servicio o artículo. Su plan debe tomar una decisión en un plazo de 30 días.

Denegaciones por un servicio o artículo de salud que ya recibió: Para iniciar su apelación, siga las instrucciones en el aviso que recibió de su plan. Presente la apelación en un plazo de 60 días a partir de la fecha en el aviso. Su plan debe tomar una decisión en un plazo de 60 días.

Qué debe hacer si no cumple con el plazo de una apelación

Una apelación tardía puede considerarse después de la fecha límite si usted puede demostrar que tiene una razón justificada que le impidió presentarla a tiempo. Las solicitudes de extensión se consideran por caso particular, así que no hay una lista completa de razones aceptables para presentar una apelación tardía. Sin embargo, algunos ejemplos incluyen:



- El aviso que usted está apelando se envió a la dirección incorrecta.
- Un representante de Medicare le dio información incorrecta sobre el reclamo que usted está apelando.
- Una enfermedad, ya sea suya o de un familiar cercano, le impidió hacerse cargo del asunto.
- La persona a la que está ayudando con la apelación es analfabeta, no habla inglés o no pudo leer o entender el aviso de cobertura.

Si cree que tiene una razón justificada que no le haya permitido apelar a tiempo, envíe su apelación como lo haría normalmente e incluya una explicación clara de por qué su apelación se presentó tarde. Si la razón está relacionada con una enfermedad o con otras condiciones médicas, puede ser útil incluir una carta o documentos de respaldo de su proveedor de atención de salud.

Apelaciones de Medicare original y Medicare Advantage

A quién contactar para recibir más ayuda:



- Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro (SHIP, por sus siglas en inglés) para recibir asesoría relacionada con las apelaciones.
- Contacte a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés), si ha experimentado un posible fraude, abuso o error contra Medicare.
- Comuníquese con su proveedor de atención de salud para que le ayude a fortalecer su apelación.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
Línea gratuita de SHIP: 800-247-4422	Línea gratuita de la SMP: 800-247-4422
Correo electrónico de SHIP: idahoshiba@doi.idaho.gov	Correo electrónico de la SMP: idahoshiba@doi.idaho.gov
Sitio web de SHIP: shiba.idaho.gov	Sitio web de la SMP: Medicare Fraud Prevention Idaho Commission on Aging
Para encontrar un SHIP en otro estado: Llame al 877-839-2675 (y diga "Medicare" cuando se lo pidan) o visite www.shiphelp.org	Para encontrar una SMP en otro estado: Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org

Centro de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiphelp.org | info@shiphelp.org
 Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org
 © 2026 Medicare Rights Center | www.medicareinteractive.org

El Centro de Derechos de Medicare (Medicare Rights Center) es autor de ciertas secciones del contenido en estos materiales, pero no es responsable por ningún contenido que el Centro de Derechos de Medicare no haya creado. Este documento está respaldado por la Administración de Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), como parte de una concesión de ayuda económica con un total de \$3,000,000, de los cuales el 100 % está financiado por ACL/HHS. El contenido pertenece al autor o autores y no representa necesariamente los puntos de vista oficiales. ni el respaldo. de ACL/HHS ni del gobierno estadounidense.