

Materiales educativos del programa Medicare Minute – Febrero de 2024

Apelaciones sobre la finalización de la atención

1. ¿Qué debo hacer si mi atención termina demasiado pronto?

Si está recibiendo atención en un hospital o en un entorno no relacionado con un hospital y descubre que su atención va a terminar, usted tiene derecho a una apelación rápida, o acelerada, para solicitar atención continua.

Se establece una distinción entre entornos hospitalarios y no relacionados con un hospital en estos materiales debido a que existen diferentes pasos en el proceso de apelación, dependiendo de si la atención hospitalaria o no relacionada con un hospital está terminando. Los centros no hospitalarios incluyen centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés), Centros Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), hospicios y agencias de asistencia médica a domicilio. Tome en cuenta que los entornos hospitalarios y los que no están relacionados con un hospital pueden coincidir. Por ejemplo, el edificio de un hospital también puede incluir un centro de enfermería especializada. Aunque están en el mismo edificio, el tipo de atención que proporcionan es diferente.

Tanto en los entornos hospitalarios como en los entornos no relacionados con un hospital, usted puede apelar la decisión de su proveedor de dar término a su atención si usted cree que está equivocado con respecto a si Medicare cubrirá sus servicios. Si no puede apelar, un familiar u otro representante puede apelar por usted. Si su apelación no tiene éxito en el primer nivel, puede continuar apelando al seguir las instrucciones en los avisos de denegación que reciba.

Las apelaciones aceleradas tienen plazos reducidos, así que es importante poner atención a las fechas límite para apelar en cada nivel. Guarde copias de cualquier documento de apelación que envíe, y si habla con alguien por teléfono, pregúntele su nombre y apunte la fecha y la hora en que habló con dicha persona. Es útil tener todos sus documentos de apelación en el mismo lugar en caso de que surja algún problema y necesite consultar los documentos que ya envió por correo.

2. ¿Qué avisos recibiré cuando esté recibiendo atención en un entorno hospitalario o en un entorno no relacionado con un hospital?

Si usted es un(a) paciente internado(a) en un hospital, debe recibir un aviso llamado "Mensaje importante de Medicare" en un plazo de dos días a partir de que lo(a) internaron. Este aviso le explica sus derechos como paciente y le pedirán que lo firme. Si su estancia en un hospital para pacientes internados dura tres días o más, usted debe recibir otra copia del mismo aviso antes de salir del hospital. Este aviso debe llegarle dos días y cuatro horas a más tardar, antes de que lo/a den de alta.

Si su atención va a terminar en un entorno no hospitalario (en un centro de enfermería especializada [SNF, por sus siglas en inglés], Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios [CORF, por sus siglas en inglés], hospicio o agencia de asistencia médica a domicilio) debido a que su proveedor cree que Medicare no pagará por esta, usted debe recibir un Aviso de no cobertura de Medicare. Debe recibir este aviso a más tardar dos días antes de la fecha programada para la finalización de su atención. Si recibe asistencia médica a domicilio, debe recibir el aviso en su penúltima consulta de atención. Si usted ha alcanzado el límite de su atención o no reúne los requisitos para la atención, no recibirá este aviso y no puede presentar una apelación.

3. ¿Cómo puedo iniciar una apelación para la atención para pacientes internados en un hospital que va a terminar?

Si el hospital le dice que debe irse y usted no está de acuerdo, siga las instrucciones en el documento "Mensaje importante de Medicare" para presentar una apelación acelerada ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad de la Atención Centrada en las Familias y los Beneficiarios (BFCC-QIO, por sus siglas en inglés). Usted debe apelar a más tardar a la medianoche del día en que lo/a dan de alta. Si está apelando ante la BFCC-QIO, el hospital debe enviarle un Aviso detallado de alta. Este aviso explica por escrito por qué su atención hospitalaria está terminando y menciona cualquier regla de cobertura de Medicare relacionada con su caso. La BFCC-QIO solicitará copias de sus registros médicos al hospital. Puede ser útil pedirle al hospital una copia para usted (puede que se aplique un cargo por fotocopia). La BFCC-QIO generalmente le llamará para pedirle su opinión sobre su alta hospitalaria, pero usted también puede enviar una declaración por escrito.

La BFCC-QIO debe llamarle para informarle sobre su decisión en un plazo de 24 horas a partir de haber recibido toda la información que necesita. Si la apelación ante la BFCC-QIO es exitosa, su atención seguirá estando cubierta. Si la BFCC-QIO decide que su atención debe terminar, usted será responsable de pagar por cualquier decisión que reciba después del mediodía del día posterior a la fecha en que la BFCC-QIO tome su decisión. Si permanece en el hospital después de ese periodo, es posible que deba pagar el costo de su atención, a menos que presente una apelación a un nivel más alto y gane. Consulte la pregunta 4 para averiguar cómo continuar si la BFCC-QIO deniega su primera solicitud de atención hospitalaria continua.

Si sale del hospital o no presenta una apelación acelerada ante la BFCC-QIO antes de la fecha límite, tiene 30 días a partir de la fecha original de su alta hospitalaria para solicitar una revisión posterior al servicio a la BFCC-QIO. La BFCC-QIO le enviará una carta de decisión por escrito una vez que reciba toda la información que necesita de usted y del hospital.

4. ¿Qué hago si la BFCC-QIO deniega mi apelación para continuar con mi atención hospitalaria?

Los siguientes pasos dependen de si usted tiene Medicare original o un Plan Medicare Advantage:

Medicare Original

Si la BFCC-QIO deniega su apelación, usted puede presentar una apelación con el Contratista Independiente Calificado (QIC, por sus siglas en inglés). Tiene hasta el mediodía del día siguiente a la denegación de la BFCC-QIO para presentar esta apelación. El QIC debe tomar una decisión en un plazo de 72 horas. Si usted continúa internado/a en el hospital, no se le puede facturar hasta que el QIC tome una decisión. Sin embargo, si usted pierde su apelación, será responsable de todos los costos, incluidos los costos incurridos durante las 72 horas en las que QIC tome la decisión.

Si salió del hospital o no presentó una apelación antes de la fecha límite, puede seguir el proceso de apelación estándar que le da hasta 180 días para presentar una apelación con el QIC. El QIC debe tomar una decisión en un plazo de 60 días. Si la apelación con el QIC es exitosa, su atención hospitalaria seguirá estando cubierta. Si el QIC deniega su apelación, usted puede continuar apelando en el tercer nivel (consulte la pregunta 7).

Medicare Advantage

Si su apelación ante la BFCC-QIO no tiene éxito, usted no será responsable de pagar por el costo del periodo de 24 horas mientras espera a que la BFCC-QIO tome una decisión. Si permanece en el hospital

después de ese periodo, es posible que deba pagar el costo de su atención si no gana una apelación a un nivel más alto.

Si se deniega su apelación, puede presentar una apelación con la BFCC-QIO por una segunda ocasión. Un grupo diferente de personal revisará su apelación y reconsiderará si su atención debe continuar. Usted tiene 60 días a partir de la denegación inicial de la BFCC-QIO. La BFCC-QIO debe tomar una segunda decisión dentro de los 14 días siguientes a la apelación. Si usted continúa internado(a) en el hospital, no se le puede facturar hasta que el BFCC-QIO tome una decisión. Sin embargo, si usted pierde su apelación, será responsable de todos los costos, incluidos los costos incurridos durante el periodo en que la BFCC-QIO tome la decisión. Si la segunda apelación ante la BFCC-QIO es exitosa, su atención hospitalaria seguirá estando cubierta.

Si el QIC deniega su apelación, puede seguir apelando en el tercer nivel (consulte la pregunta 7).

5. ¿Cómo puedo iniciar una apelación para la atención no relacionada con un hospital que va a terminar?

Si descubre que su atención no relacionada con un hospital va a terminar y usted cree que su atención debe continuar, siga las instrucciones en el Aviso de no cobertura de Medicare para presentar una apelación acelerada ante la Organización de Mejoramiento de la Calidad a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha en que la finalización de su atención está programada. Una vez que presente la apelación, su proveedor debe entregarle una "Explicación detallada de no cobertura". Este aviso explica por escrito por qué su atención se termina y menciona cualquier regla de cobertura de Medicare relacionada con su caso. La BFCC-QIO generalmente le llamará para obtener su opinión. Usted también puede enviar una declaración por escrito. Si recibe asistencia médica a domicilio o en un CORF, debe obtener una declaración por escrito de un médico que confirme que su atención debe continuar.

Si usted tiene Medicare original, la BFCC-QIO debe tomar una decisión a más tardar a los dos días siguientes a la fecha en que la finalización de su atención estaba programada. Si usted tiene un Plan Medicare Advantage, la BFCC-QIO debe tomar una decisión a más tardar en la fecha en que la finalización de su atención está programada. Su proveedor no puede cobrarle antes de que la BFCC-QIO tome su decisión.

Si usted no cumple con el plazo de revisión acelerada de la BFCC-QIO, tiene hasta 60 días para presentar una apelación estándar ante la BFCC-QIO. Si usted todavía está recibiendo atención, la BFCC-QIO debe tomar su decisión lo antes posible después de recibir su solicitud. Si ya no está recibiendo atención, la BFCC-QIO debe tomar una decisión en un plazo de 30 días.

Si la apelación de la BFCC-QIO tiene éxito, usted debe seguir recibiendo la atención cubierta por Medicare, si su médico continúa certifiándola. Consulte la pregunta 7 para averiguar cómo continuar su apelación si la BFCC-QIO deniega su primera solicitud de atención continua.

6. ¿Qué pasa si la BFCC-QIO deniega mi apelación de la atención continua no relacionada con un hospital?

Los siguientes pasos dependen de si usted tiene Medicare original o un Plan Medicare Advantage:

Medicare Original

Si la BFCC-QIO deniega su apelación, usted puede elegir avanzar al siguiente nivel al presentar una apelación ante el Contratista Independiente Calificado (QIC, por sus siglas en inglés) a más tardar al mediodía del día posterior a la decisión de la BFCC-QIO. El QIC debe tomar una decisión en un plazo de 72 horas. Su proveedor no puede cobrarle por su atención continua hasta que el QIC tome una decisión. Sin embargo, si usted pierde su apelación, será responsable de todos los costos, incluidos los costos incurridos durante las 72 horas en las que QIC tome la decisión. Si usted no cumple con el plazo del QIC, tiene hasta 180 días para presentar una apelación estándar ante el QIC. El QIC debe tomar una decisión en un plazo de 60 días. Si la apelación del QIC tiene éxito, usted debe seguir recibiendo atención cubierta por Medicare, si su médico continúa certificándola. Si el QIC deniega su apelación, puede seguir apelando en el tercer nivel (consulte la pregunta 7).

Medicare Advantage

Si se deniega su apelación, puede presentar una apelación con la BFCC-QIO por una segunda ocasión. Un grupo diferente de personal revisará su apelación y reconsiderará si su atención debe continuar. Usted tiene 60 días a partir de la denegación inicial de la BFCC-QIO. La BFCC-QIO debe tomar una segunda decisión dentro de los 14 días siguientes a la apelación. Si usted continúa internado(a) en el hospital, no se le puede cobrar hasta que el BFCC-QIO tome una decisión. Sin embargo, si usted pierde su apelación, será responsable de todos los costos, incluidos los costos incurridos durante el periodo en que la BFCC-QIO tome la decisión. Si la segunda apelación ante la BFCC-QIO es exitosa, su atención hospitalaria seguirá estando cubierta. Si la BFCC-QIO deniega su apelación, puede seguir apelando en el tercer nivel (consulte la pregunta 7).

7. ¿Cuáles son los demás pasos en el proceso de apelación?

Los últimos tres niveles de los procesos de apelación de Medicare original y Medicare Advantage son los mismos para la atención hospitalaria y la atención no relacionada con un hospital que va a terminar.

Si el QIC o la BFCC-QIO deniega su apelación en el segundo nivel y su atención tiene un costo mínimo de \$180 dólares en 2024, usted puede elegir apelar ante la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA, por sus siglas en inglés) en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la carta de denegación. Si decide apelar al nivel de la OMHA, le recomendamos que se comunique con un abogado o una organización de servicios legales para que le ayuden con este o con los siguientes pasos en su apelación, aunque no es necesario que lo haga. La OMHA debe tomar una decisión en un plazo de 90 días.

Si la apelación ante la OMHA es exitosa, su atención estará cubierta. Si se deniega su apelación, usted puede elegir apelar ante el Consejo en un plazo de 60 días a partir de la fecha que aparece en su carta de denegación de la OMHA. El Consejo no tiene una fecha límite para tomar una decisión.

Si la apelación ante el Consejo es exitosa, su atención estará cubierta. Si se deniega su solicitud y usted está apelando por una atención con un valor de por lo menos \$1,840 dólares en 2024, puede elegir apelar ante el

Tribunal Federal del Distrito en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la carta de denegación del Consejo. El Tribunal Federal del Distrito no tiene una fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación.

8. ¿Qué hago si van a reducir la atención que recibo en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) o la asistencia médica a domicilio, pero no va a terminar?

El proceso de apelación es diferente si van a reducir su atención, pero no va a terminar, y usted no está de acuerdo con la reducción. Usted tiene derechos si su centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) o agencia de asistencia médica a domicilio (HHA, por sus siglas en inglés) decide reducir su atención debido a que cree que Medicare ya no la cubrirá. Tome en cuenta que el proceso es ligeramente diferente dependiendo de si usted tiene Medicare Original o un Plan Medicare Advantage.

Si tiene Medicare Original y su SNF o HHA decide reducir los servicios que su médico recetó debido a que cree que Medicare ya no cubrirá estos servicios, debe entregarle un aviso que explique por qué se reducirán los servicios. Si usted está en un SNF, debe recibir un aviso que indique que Medicare puede denegar parte de su atención. A este aviso a menudo se le llama Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario de un centro de enfermería especializada (SNFABN, por sus siglas en inglés). Si está recibiendo atención de una HHA, debe recibir un Aviso anticipado de no cobertura para el beneficiario de una agencia de asistencia médica a domicilio (HHABN, por sus siglas en inglés). Cada aviso le pedirá que elija una de las tres opciones siguientes:

- Solicite atención y pídale al SNF o HHA que le envíe la factura a Medicare ("factura a solicitud del paciente"). Si Medicare deniega la cobertura, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si la apelación no tiene éxito, usted puede ser responsable por el costo de la atención. Un SNF o HHA puede rechazar la factura a solicitud del paciente.
- Solicite atención, pero acepte pagar por la misma de su propio bolsillo.
- Rechace la atención. Puede buscar otro SNF o HHA que podría cubrir la atención que necesita.

Recuerde que usted tiene derecho a una factura a solicitud del paciente si su atención se reducirá debido a que el SNF o la HHA no cree que Medicare la cubrirá. Tome en cuenta que las reglas de la facturación a solicitud del paciente son ligeramente diferentes, dependiendo del tipo de atención que esté recibiendo. Si le pide a su SNF que le facture a Medicare, no le pueden enviar a usted una factura sin que Medicare haya tomado antes una decisión sobre la cobertura. Sin embargo, si le pide a una HHA que le facture a Medicare, la HHA puede cobrarle a usted los servicios de asistencia médica a domicilio mientras Medicare toma una decisión.

Si está recibiendo asistencia médica a domicilio, hay situaciones en las que usted puede recibir un HHABN, pero en las cuales no tiene derecho a pedir una factura a solicitud del paciente. Por ejemplo:

- Si su médico reduce la cantidad de atención en su plan de atención. En este caso, usted tendrá que pedirle a su médico que cambie de opinión, pedirle a otro médico que certifique que usted necesita continuar con la misma cantidad de servicios o dejar de recibir estos servicios.
- Si la HHA reduce su atención por razones relacionadas con la dotación de personal o porque cree que es seguro para usted quedarse en casa. Necesitará encontrar otra HHA para recibir asistencia médica a domicilio, investigar otras opciones de atención en su comunidad o dejar de recibir estos servicios.

Si usted tiene un Plan Medicare Advantage y su SNF o HHA reduce los servicios de asistencia médica a domicilio porque cree que Medicare ya no cubrirá estos servicios, usted generalmente tiene que apelar para pedirle a su plan una revisión rápida (acelerada) de esta decisión.

Puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) o al 1-800-MEDICARE (633-4227) para obtener más información sobre cómo apelar una reducción de la atención en un centro de enfermería especializada o asistencia médica a domicilio. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

9. ¿Qué es una extensión por razón justificada?

Cuando presenta una apelación por primera vez y en cada nivel subsecuente, usted tiene una cantidad limitada de tiempo para presentarla. Dicho esto, 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. Puede solicitar una extensión por razón justificada en cualquier nivel de la apelación y está disponible para las apelaciones de Medicare original, de Medicare Advantage y de la Parte D. Las solicitudes de extensión se consideran por caso particular, así que no hay una lista completa de razones aceptables para presentar una apelación tardía. 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.

10. ¿Puede otra persona presentar una apelación en mi nombre?

Si no puede presentar una apelación por su cuenta, puede elegir a un representante para que la presente por usted. Esta persona puede ser un familiar, amigo, defensor, abogado o médico, entre otros. Para asignar un representante, usted y el representante tendrán que llenar un formulario de Cita de representante de Medicare, formulario CMS-1696. Llame a 1-800-MEDICARE (633-4227) para solicitar este formulario o descárguelo en internet. Envíe este formulario en cualquier etapa del proceso de apelación.

También puede enviar una solicitud por escrito con su apelación que incluya:

- Su nombre, dirección, número telefónico y número de Medicare
- Una declaración de que está asignando a alguien como su representante y el nombre, la dirección y el número telefónico de dicha persona
- La relación entre usted y el representante
- Una declaración que le dé permiso al representante de acceder a su información de salud
- Una declaración que explique por qué necesita un representante
- Su firma y la firma del representante

Llame al 1-800-MEDICARE (633-4227) o comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) local si tiene alguna pregunta sobre cómo elegir un representante. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

11. ¿Cómo puedo prevenir, detectar y reportar el fraude contra Medicare relacionado con una estancia en un SNF?

El fraude contra Medicare puede ocurrir cuando un proveedor o centro factura por servicios que usted no recibió o que no eran necesarios por razones médicas. Los ejemplos de los posibles fraudes relacionados con los centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) pueden incluir:

- Descubrir que le cobraron a su Medicare por lo siguiente:
 - Servicios que su médico no determinó que eran necesarios por razones médicas
 - Servicios que usted nunca recibió
 - Servicios más costosos que los que usted recibió
 - Una mayor cantidad de servicios que los que usted recibió
 - Servicios en un SNF en fechas posteriores a su alta del SNF
- Obligarle a quedarse en un SNF hasta que sus beneficios hayan vencido, incluso cuando su condición ha mejorado y usted desea hacer la transición a los servicios de atención médica a domicilio.

Usted puede detener el fraude relacionado con los SNF al:

- Leer sus estados de cuenta de Medicare para comparar los servicios que recibió con los servicios que sus proveedores le cobraron a Medicare.
- Reportar ante su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) local cualquier cargo en sus estados de cuenta de Medicare que no sea correcto.
- Trabajar con su médico para inscribirse en los servicios de un SNF.
- No aceptar regalos o dinero a cambio de elegir un SNF.
- Firmar formularios solo cuando usted los haya entendido.
- Reportar cualquier queja relacionada con la atención de calidad a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés).

Puede encontrar la información de contacto de su SMP local en la última página de este documento.

12. ¿A quién puedo llamar si tengo más preguntas?

Medicare: el gobierno federal tiene un número gratuito, 1-800-MEDICARE (633-4227), y un sitio web www.Medicare.gov que brindan información básica. Comuníquese con Medicare si tiene preguntas sobre el proceso de apelación.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés): llame a su SHIP si tiene preguntas sobre cómo presentar una apelación o si necesita ayuda para presentar una apelación. Los asesores del SHIP brindan asesoría y asistencia imparcial de Medicare. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento.

Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés): comuníquese con su SMP si cree que ha experimentado un posible fraude, error o abuso contra Medicare. La información de contacto de su SMP local se encuentra en la última página de este documento.

Organización de Mejoramiento de la Calidad de la Atención Centrada en las Familias y los Beneficiarios (BFCC-QIO, por sus siglas en inglés): hay dos BFCC-QIO que son responsables de diferentes regiones en el

país. [Averigüe aquí cuál BFCC-QIO es responsable de su región](#). Puede enviar apelaciones sobre la finalización de la atención o quejas relacionadas con la calidad de la atención ante su BFCC-QIO.

- KEPRO: www.keproqio.com, 888-315-0636
- Livanta: www.livantaqio.com, 877-588-1123

Ejemplo de caso del SHIP

Jaime tiene 72 años de edad y tiene Medicare original. Hace poco tuvo una cirugía después de que se cayó y se fracturó la cadera. Después de su estancia en el hospital, internaron a Jaime en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Jaime se enteró después de que iba a salir del SNF e irse a casa en un par de días. Sin embargo, no sabe si está listo para irse a casa. Su esposa Rosa también está preocupada de que regrese a casa demasiado temprano y que se vuelva a lastimar. Rosa quiere ayudar a extender la estancia de Jaime, pero no está segura de qué hacer.

¿Qué debe hacer Rosa?

- Rosa debe comunicarse con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener información sobre el proceso de apelación acelerada. Puede visitar www.shiphelp.org o llamar al 877-839-2675 si no sabe cómo comunicarse con su SHIP.
- Rosa debe encontrar el Aviso de no cobertura de Medicare de su esposo o pedirle al SNF otra copia. Debe leerlo cuidadosamente y seguir las instrucciones sobre cómo presentar una apelación. También debe guardar este documento para sus registros.
- Rosa debe llamar a la BFCC-QIO al número mencionado para presentar una apelación acelerada a más tardar al mediodía del día anterior a la fecha en que la finalización de la atención de Jaime está programada. Rosa también debe incluir un formulario de Cita de representación con su apelación, el cual le permitirá presentar una apelación acelerada en nombre de su esposo.
- De ser posible, Rosa también debe hablar con el médico de Jaime en el SNF para averiguar si puede proporcionar una carta de respaldo que incluya documentación médica que demuestre que Jaime necesita atención continua en el SNF.
- Rosa debe esperar una decisión a más tardar a los dos días siguientes a la fecha en que la finalización de la atención de Jaime estaba programada. Si la apelación de la BFCC-QIO tiene éxito, Jaime debe seguir recibiendo atención cubierta por Medicare, si su médico continúa certificándola. Si la BFCC-QIO decide que su atención debe terminar, Jaime será responsable de pagar cualquier atención que reciba después de la fecha de finalización en el Aviso de no cobertura de Medicare si Rosa no gana en un nivel más alto de apelación.
- Si Rosa decide continuar apelando, debe seguir las instrucciones en el aviso de denegación para poder hacerlo.

Ejemplo de caso de la SMP

Hace poco, el esposo de Lily, Jamal, tuvo una cirugía y ahora está internado en un SNF. Lily visita a Jamal todos los días. Después de una semana en el SNF, Lily ve que Jamal está cada vez más exhausto debido a la frecuencia de su fisioterapia, mucha de la cual parece no estar relacionada con su cirugía. Jamal dice que le expresó sus sentimientos al miembro del personal, quien le dijo que nunca se recuperaría de la cirugía si le modificaban su fisioterapia. A Lily le preocupa que su esposo esté recibiendo fisioterapia en exceso y que no es benéfica para él.

¿Qué debe hacer Lily?

- Lily puede comunicarse con el médico de Jamal y preguntarle por el tipo y la frecuencia de fisioterapia que serían beneficiosos para recuperarse del tipo de cirugía que Jamal recibió.
- Lily debe comunicarse con su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) para obtener ayuda.
 - Si Lily no sabe cómo comunicarse con su SMP, puede llamar al 877-808-2468 o visitar www.smpresource.org.
- El integrante del equipo de la SMP puede ayudar a recopilar más información de Lily acerca de la cirugía de Jamal, los detalles proporcionados por el médico, su experiencia en el SNF y cualquier otra información relevante.
- Si la SMP determinar que puede haber un posible fraude o abuso, lo reportará ante las autoridades correspondientes y a otras fuentes de referencia, según sea necesario.
- El integrante del equipo de la SMP puede ayudar a informarle a Lily sobre cómo mantenerse alerta para prevenir el fraude, los errores y el abuso posible contra Medicare. Lily no debe olvidar su derecho y el de su esposo a rechazar cualquier atención no deseada o excesiva y estar alerta ante cualquier práctica fraudulenta posible.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
<p>Línea gratuita de SHIP: 800-247-4422 Correo electrónico del SHIP: idahoshiba@doi.idaho.gov Sitio web del SHIP: shiba.idaho.gov</p> <p>Para encontrar un SHIP en otro estado: Llame al 877-839-2675 y diga “Medicare” cuando se lo pidan o visite www.shiphelp.org.</p>	<p>Línea gratuita de la SMP: 800-247-4422 Correo electrónico de la SMP: idahoshiba@doi.idaho.gov Sitio web de la SMP: https://aging.idaho.gov/stay-safe/senior-medicare-patrol-fraud-prevention</p> <p>Para encontrar una SMP en otro estado: Llame al 877-808-2468 o visite www.smpresource.org.</p>

Este documento recibió apoyo parcial de los números de subvención 90SATC0002 y 90MPRC0002, de parte de la Administración de Vida Comunitaria (ACL, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos, Washington, D.C. 20201. Se insta a los beneficiarios que llevan a cabo proyectos con el patrocinio gubernamental a expresar libremente sus hallazgos y conclusiones. Los puntos de vista y las opiniones no representan necesariamente la política oficial de la Administración de Vida Comunitaria.

Centro de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675 | www.shiptacenter.org | info@shiptacenter.org

Centro de Recursos de la SMP: 877-808-2468 | www.smpresource.org | info@smpresource.org

© 2024 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.*