

Materiales educativos del programa Medicare Minute – Febrero de 2025

Apelaciones y solución de problemas relacionados con las primas

1. ¿Qué es la multa por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés) de la Parte B?

Por cada periodo de 12 meses que usted retrase su inscripción en Medicare Parte B, tendrá que pagar una multa de prima de la Parte B del 10 %, a menos que tenga seguro a través de su empleo actual o el de su cónyuge (seguro a través del empleo), sea elegible para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) (consulte la pregunta 11) o sea elegible para un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) debido a circunstancias excepcionales (consulte a pregunta 12).

En la mayoría de los casos, usted tendrá que pagar esa multa cada mes mientras tenga Medicare. Si está inscrito(a) en Medicare debido a una discapacidad y paga actualmente una multa de primas, ya no tendrá que pagar la multa una vez que cumpla 65 años.

2. ¿Cómo se calcula la multa de prima de la Parte B?

Digamos que usted retrasó su inscripción en Medicare Parte B durante siete años (y no tenía seguro a través de un empleador, el cual permite que usted retrase su inscripción). Su prima mensual sería 70 % más alta mientras tenga Medicare (7 años x 10 %). Debido a que la prima de base de la Parte B en 2025 es de \$185, su prima mensual con la multa sería de \$314.50 ($\185×1.7).

Nota: Aunque la cantidad de su prima de la Parte B está basada en sus ingresos (consulte la pregunta 7), su multa se calcula con base en la prima de base de la Parte B. Luego se suma la multa a la cantidad actual de su prima.

3. ¿Cómo puedo apelar una LEP de la Parte B?

Todos tienen derecho a presentar una apelación con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) con respecto a la determinación de su LEP. Para apelar, siga las instrucciones en la carta que le informó sobre la multa. Si usted no tiene esta carta, puede usar el [formulario de solicitud de reconsideración de la SSA](#).

Puede apelar para eliminar la multa si cree que usted tuvo cobertura continua a través de la Parte B o un seguro a través de un empleo. También puede apelar para disminuir la cantidad de la multa si cree que se calculó incorrectamente.

Desafortunadamente, es poco probable que no tener conocimiento del requisito de inscripción en la Parte B sea un argumento exitoso para una apelación. Sin embargo, las siguientes son razones para apelar que pueden resultar en la eliminación o reducción de su multa:

- Tuvo seguro a través de un empleo durante todo o parte del periodo en cuestión
 - Llame a su empleador o plan anterior para pedir una carta que compruebe que usted estuvo inscrito(a) en la cobertura. Asegúrese de adjuntar esta carta a su formulario de apelación. Otras formas de evidencia incluyen declaraciones de impuestos que muestren que se pagaron las primas de seguro de salud, formularios W-2 que reflejen contribuciones médicas previas a los impuestos, recibos de nómina que reflejen deducciones de primas de seguro de salud, tarjetas de seguro de salud con fecha de vigencia de la póliza, explicación de beneficios pagada por el plan de salud y estados de cuenta o recibos que reflejen el pago de las primas de seguro de salud.

- Estuvo inscrito(a) en Medicare Parte B durante todo o parte del periodo en cuestión
 - Si la multa se ha impuesto erróneamente debido a que usted sí estaba inscrito(a) en la Parte B, puede incluir un comprobante de dicha cobertura, incluyendo Resúmenes de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) que muestren pagos por la atención, estados de cuenta que muestren primas pagadas u otros registros.
- Tiene un nuevo periodo inicial de inscripción (IEP, por sus siglas en inglés).
- Está inscrito(a) en un MSP.

El plazo de la apelación es a los 60 días de haber recibido la carta que le informó sobre la multa. Si no cumple con este plazo, puede escribir una carta que explique que tuvo una razón justificada, o una buena razón —como una enfermedad grave— que le impidió apelar a tiempo. Adjunte esta carta a su apelación.

Asegúrese de pagar la LEP mientras la SSA revisa su apelación. Si su apelación tiene éxito, le reembolsarán los pagos de la LEP que usted hizo mientras se revisaba su apelación.

4. ¿Qué es una LEP de la Parte D?

Por cada mes que retrase su inscripción en Medicare Parte D, tendrá que pagar una multa por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés) de la Parte D del 1 %, a menos que usted:

- Tenga cobertura válida de medicamentos
- Sea elegible para el programa de Ayuda adicional
- Compruebe que recibió información inadecuada sobre si su cobertura de medicamentos era válida

En la mayoría de los casos, usted tendrá que pagar esa multa cada mes mientras tenga Medicare. Si se inscribió en Medicare debido a una discapacidad y actualmente paga una multa de prima, una vez que cumpla 65 años de edad ya no tendrá que pagarla.

5. ¿Cómo se calcula la LEP de la Parte D?

Digamos que retrasó su inscripción en la Parte D durante siete meses (y no cumple con ninguna de las excepciones incluidas en la pregunta 4). Su prima mensual sería 7 % más alta mientras usted tenga la Parte D (7 meses x 1 %). La prima nacional de base para beneficiarios en 2025 es de \$36.78 al mes. Por lo tanto, su multa de prima mensual sería de \$2.57 ($\$36.78 \times 0.07 = \2.57) al mes, la cual tendría que pagar además de la prima de su plan.

Nota: La multa de la Parte D siempre se calcula usando la prima nacional de base para beneficiarios. Su multa no disminuirá si se inscribe en un plan de la Parte D con una prima más baja.

6. ¿Cómo puedo apelar una LEP de la Parte D?

Todos tienen derecho a presentar una apelación con C2C Innovative Solutions sobre la determinación de su LEP. C2C Solutions es la compañía contratada por Medicare para hacerse cargo de estas apelaciones.

En la mayoría de los casos, usted tiene que pagar la LEP mientras esté inscrito(a) en el beneficio de medicamentos recetados de Medicare. Hay algunas excepciones:

- Si recibe Ayuda Adicional, su multa se eliminará permanentemente
- Si tiene menos de 65 años y tiene Medicare, su LEP terminará cuando usted cumpla 65 años

- Si es elegible para un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, por sus siglas en inglés), este puede pagar la multa por usted

Usted puede apelar la multa (si cree que tuvo cobertura continua) o la cantidad (si cree que se calculó incorrectamente). Debe completar el formulario de apelación que recibió de su plan, adjuntar cualquier evidencia que tenga y enviar todo por correo postal a [C2C Innovative Solutions](#). Si no tiene un formulario de apelación de su plan, también puede usar este [formulario de solicitud de reconsideración de la LEP de la Parte D](#).

Desafortunadamente, es poco probable que no tener conocimiento del requisito de tener cobertura de medicamentos recetados sea un argumento exitoso para su apelación. Sin embargo, las siguientes son buenas razones para apelar y pueden resultar en la eliminación o reducción de su multa:

- Tiene Ayuda Adicional.
- Tenía cobertura válida de medicamentos durante todo o parte del periodo en cuestión.
 - Llame a su plan anterior para pedir una carta que pruebe que usted estuvo inscrito(a) en una cobertura válida de medicamentos. Asegúrese de adjuntar esta carta a su formulario de apelación. Su empleador o sindicato también puede confirmar el hecho de que usted tenía cobertura válida de medicamentos.
- Usted tenía cobertura no válida de medicamentos, pero su empleador o aseguradora, o el/la de su cónyuge, le dijo que era válida o no le informó que no era válida.
- Usted no era elegible para el plan de medicamentos recetados de Medicare (por ejemplo, si estaba viviendo fuera de EE. UU. o estaba en la cárcel).
- No pudo inscribirse en la cobertura válida de medicamentos debido a una emergencia médica grave.

El plazo de la apelación es a los 60 días de haber recibido la carta que le informó sobre la multa. Si no cumple con este plazo, puede escribir una carta que explique que tuvo una razón justificada, o una buena razón —como una enfermedad grave— que le impidió apelar a tiempo. Adjunte esta carta a su apelación. Una vez que envíe su apelación, puede esperar una determinación de C2C Innovative Solutions en un plazo de 90 días. Mientras tanto, pague la LEP a su plan, junto con su prima. Si su apelación tiene éxito, su plan debe reembolsarle los pagos de la LEP que usted hizo mientras su apelación estaba pendiente.

7. ¿Qué es la cantidad mensual ajustada relacionada con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés)?

La cantidad mensual ajustada relacionada con los ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés) es la cantidad que usted puede pagar además de su prima de la Parte B o Parte D si sus ingresos superan cierto nivel. La Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) establece cuatro niveles de ingresos que determinan su IRMAA (o su IRMAA y la de su cónyuge). La SSA determina si usted debe una IRMAA con base en el ingreso que declaró en su declaración de impuestos del IRS dos años antes, es decir, dos años antes del año en que usted empieza a pagar una IRMAA. Los ingresos que cuentan son los ingresos brutos ajustados que usted reportó, además de otras formas de ingresos exentos de impuestos. Si se espera que usted pague una IRMAA, la SSA le avisará que usted tiene una prima de la Parte B y/o de la Parte D más alta.

Su prima de la Parte B cambiará con base en los ingresos de la siguiente forma:		
Su ingreso anual		Su prima mensual en 2025
Individuos	Parejas	
Igual o inferior a \$106,000	Igual o inferior a \$212,000	
\$500,000 y más	\$750,000 y más	

Su prima adicional de la Parte D es un porcentaje de la prima nacional de base para beneficiarios de \$36.78 en 2025. La IRMAA de la Parte D siempre se calcula usando la prima nacional de base para beneficiarios. Su IRMAA no disminuirá si usted se inscribe en un plan de la Parte D con una prima más baja.

Para 2025, su prima adicional de la Parte D con base en los ingresos es la siguiente:		
Su ingreso anual		Lo que usted paga además de su prima regular de la Parte D
Individuos	Parejas	
Igual o inferior a \$106,000	Igual o inferior a \$212,000	\$0
\$500,000 y más	\$750,000 y más	\$81.00

8. ¿Cómo puedo solicitar una nueva determinación de la IRMAA?

Si el Seguro Social determina que usted debe pagar una IRMAA, le enviará un aviso llamado "determinación inicial". Este aviso debe incluir información sobre cómo solicitar una nueva determinación inicial. Una nueva determinación inicial es una decisión revisada que el Seguro Social hace con respecto a su IRMAA. Usted puede pedir al Seguro Social que revise su decisión si ha experimentado un evento que cambia la vida y que causó una disminución en los ingresos, o si cree que la información sobre los ingresos que el Seguro Social utilizó para determinar la IRMAA era incorrecta u obsoleta.

El Seguro Social considera cualquiera de las siguientes situaciones como eventos que cambian la vida:

- La muerte de un cónyuge
- Matrimonio
- Divorcio o anulación
- Usted o su cónyuge dejó de trabajar o redujo el número de horas que trabaja
- Pérdida involuntaria de propiedad que generaba ingresos debido a un desastre natural, una enfermedad, un fraude u otras circunstancias.
- Pérdida de una pensión
- Recibo de un pago de liquidación de un empleador actual o un ex empleador debido al cierre o bancarrota de un empleador

Usted puede argumentar que el Seguro Social utilizó información obsoleta o incorrecta cuando calculó su IRMAA si, por ejemplo:

- Usted presentó una declaración de impuestos modificada con el IRS
- Usted tiene una declaración de impuestos más reciente que muestra que está recibiendo menos ingresos que los reportados previamente

Para solicitar una nueva determinación inicial, envíe un formulario de [Evento que cambia la vida de IRMAA de Medicare](#) o programe una cita con el Seguro Social. Tendrá que proporcionar documentación de sus ingresos correctos o del evento que cambia la vida que hizo que sus ingresos disminuyeran.

9. ¿Cómo puedo apelar la decisión de mi IRMAA?

Si usted no es elegible para solicitar una nueva determinación inicial, pero sigue estando en desacuerdo con la decisión sobre la IRMAA del Seguro Social, tiene derecho a apelar. Apelar una decisión sobre la IRMAA también se denomina solicitar una reconsideración. Tome en cuenta que no hay plazos estrictos dentro de los cuales el Seguro Social deba responder a una solicitud de reconsideración. Si usted tiene preguntas sobre el estatus de su apelación, comuníquese con la agencia que está revisando actualmente su apelación.

1. Complete una solicitud de reconsideración para la SSA. Comuníquese con la SSA para averiguar cómo presentar esta solicitud.
2. Si su reconsideración es exitosa, las cantidades de su prima se corregirán. Si se deniega su reconsideración, puede apelar al nivel de 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 denegación de la reconsideración. Siga las instrucciones en la denegación para presentar una apelación al nivel de la OMHA. Si decide apelar al nivel de la OMHA, le recomendamos que se comunique con una organización de servicios legales o con un abogado para que le ayuden con esto o con cualquier nivel de apelación más avanzado, aunque no es necesario que lo haga.
 - a. Debe enviar cualquier evidencia nueva en un plazo de 10 días a partir de presentar una apelación al nivel de la OMHA. Comuníquese con la OMHA para obtener más instrucciones sobre cómo enviarla. Puede pedirle una extensión a la OMHA si no puede enviar evidencia nueva en el plazo de 10 días.
3. Si su apelación al nivel de la OMHA tiene éxito, la cantidad de su prima se corregirá. 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 la denegación de la OMHA.
4. Si la apelación ante el Consejo tiene éxito, la cantidad de su prima de la Parte B se corregirá. Si el Consejo deniega su apelación, usted puede elegir apelar ante el Tribunal Federal de Distrito en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la denegación del Consejo.

10. ¿Qué es la compensación equitativa?

La compensación equitativa es un proceso que le permite solicitar lo siguiente a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés):

- Inscripción inmediata o retroactiva en Medicare
- Eliminación de la multa por inscripción tardía (LEP por sus siglas en inglés) de Medicare Parte B

Para solicitar compensación equitativa, usted debe no haber podido inscribirse en Medicare debido a un error, información falsa o falta de acción de un empleado federal, como un representante del Seguro Social o de 1-800-MEDICARE. La compensación equitativa no aplica si usted recibió información errónea sobre sus derechos y opciones de Medicare de empleados no federales, por ejemplo, un empleador.

Por ejemplo, usted no se inscribió en la Parte B porque un representante del Seguro Social le dijo que no necesitaba inscribirse. Como no se inscribió debido a un error causado por información errónea por parte de un empleado federal, puede tener motivos para recibir compensación equitativa.

Para solicitar compensación equitativa, usted o su representante debe escribir una carta a su oficina local del Seguro Social que explique que recibió información errónea que hizo que usted retrasara su inscripción. Puede encontrar la dirección de su oficina local llamando al 800-772-1213 o visitando www.ssa.gov/locator.

Sea lo más específico(a) posible en la carta e incluya el nombre del representante con quien habló, la fecha y la hora de la conversación, el resultado de la conversación y cualquier nota adicional.

También debe indicar si desea cobertura de aquí en adelante, cobertura retroactiva y/o la eliminación de su LEP de la Parte B. Tome en cuenta que si solicita cobertura retroactiva, tendrá que pagar las primas desde el momento en que inicie su cobertura.

El Seguro Social no está obligado a responder a las solicitudes de compensación equitativa dentro de plazos específicos. Tampoco está obligado a enviarle una carta de decisión formal en respuesta a su solicitud.

Comuníquese con su oficina local del Seguro Social alrededor de un mes después de enviar su solicitud para darle seguimiento. También es recomendable que se comunique con un representante legislativo, como un miembro del Congreso, y pedirle que le dé seguimiento a su caso. Si se le deniega la compensación equitativa, no hay un proceso formal de apelación, pero puede volver a enviar su solicitud con información adicional o diferente las veces que desee.

11. ¿Cómo puedo usar el Programa de Ahorros de Medicare para eliminar mi LEP de la Parte B?

Los Programas de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) le ayudan a pagar sus costos de Medicare si tiene ingresos y ahorros limitados. Los beneficios adicionales de inscribirse en un MSP incluyen:

- Permitirle inscribirse en Medicare Parte B fuera de los periodos normales de inscripción.
- Eliminar su multa por inscripción tardía de la Parte B, si tiene una.

Los MSP tienen límites de ingresos y bienes, los cuales varían de un estado a otro. Llame a su oficina local de Medicaid o a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) local para obtener más información sobre los MSP en su estado y para que le ayuden a presentar una solicitud. La información de contacto de su SHIP local se encuentra en la última página de este documento. Si se inscribe en el MSP, se eliminará su LEP de la Parte B. Usted no tendrá una LEP incluso si pierde su elegibilidad para el MSP más adelante.

12. ¿Qué circunstancias excepcionales pueden ayudarme a ser elegible para un periodo especial de inscripción de la Parte B?

Normalmente, lo mejor suele ser inscribirse en Medicare cuando se vuelve elegible por primera vez o después de perder el seguro a través de su empleo actual. Si se pierde un periodo inicial de inscripción, hay ciertas ocasiones en las que podría ser elegible para un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) debido a circunstancias excepcionales. Una circunstancia excepcional es una situación que es inusual o atípica. Los siguientes son diferentes periodos en los que puede ser elegible para un SEP para inscribirse en Medicare Parte B (y la Parte A con prima) sin una multa:

- Se vio afectado(a) por una emergencia o desastre
- Recibió cierto tipo de información errónea de su empleador
- Salió de la cárcel
- Su cobertura de Medicaid va a terminar
- Experimenta otras circunstancias excepcionales

Estos SEP aplican a cualquier persona que no haya usado la inscripción inicial después del 1.º de enero de 2023. Para usar estos SEP, entregue el formulario [CMS-10797](#) a la Administración del Seguro Social. [Obtenga más información sobre estas circunstancias excepcionales aquí.](#)

13. ¿Cómo puedo usar Ayuda Adicional para eliminar mi LEP de la Parte D?

Ayuda Adicional es un programa federal que ayuda a pagar por algunos o, incluso, por la mayoría de los gastos de su propio bolsillo para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. También se le conoce como Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) de la Parte D.

El programa de Ayuda Adicional ofrece los siguientes beneficios:

- Paga por la prima de su Parte D hasta una cantidad de referencia específica al estado.
- Baja el costo de sus medicamentos recetados.
- Le da un periodo especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés) una vez al mes para inscribirse en un plan independiente de la Parte D o para cambiar entre planes independientes de la Parte D.
- Elimina cualquier multa por inscripción tardía de la Parte D que pudiera tener.
 - Usted no tendrá una LEP de la Parte D incluso si más tarde pierde su elegibilidad para Ayuda Adicional.

Si sus ingresos y bienes mensuales están dentro de límites específicos, usted puede ser elegible para Ayuda Adicional. Incluso si cree que sus ingresos o bienes exceden los límites de elegibilidad, usted podría ser elegible para Ayuda Adicional debido a que ciertos tipos de ingresos y bienes pueden no tomarse en cuenta. Para solicitar Ayuda Adicional, llame a la Administración del Seguro Social al 800-772-1213 o visite www.ssa.gov.

Si está inscrito(a) en Medicaid, la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) o un Programa de Ahorros de Medicare, usted es elegible automáticamente para Ayuda Adicional, sin importar si reúne los requisitos de elegibilidad de Ayuda Adicional. Usted recibirá un aviso color púrpura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) que le informará que no necesita solicitar Ayuda adicional.

14. ¿Qué debo hacer si experimento un error de facturación con mi médico?

Los proveedores de atención de salud y sus departamentos de facturación a veces cometen errores de facturación. Dichos errores pueden ser errores accidentales. Si cree que su médico o su departamento de facturación ha cometido un error, primero comuníquese directamente con ellos para solucionar el problema.

Puede detectar estos errores al mantener un calendario de sus citas y servicios médicos, o llame a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) local para solicitar un [Mi Rastreador de Atención de Salud](#). Así podrá comparar sus citas, servicios y notas con sus estados de cuenta de Medicare. Si tiene Medicare original, usted debe recibir un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés). Si tiene un Plan Medicare Advantage y/o un plan de la Parte D, usted debe recibir una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés). Si cree que algo no está bien, recuerde llamar primero a su proveedor. Por ejemplo, puede ver en su estado de cuenta que su proveedor le facturó a Medicare por una consulta médica en un día en el que usted no fue a verlo. O puede darse cuenta de que su proveedor le envió una factura por un servicio diferente al que usted recibió. Si su médico o departamento de facturación cometen un error de facturación, deben corregirlo.

Un patrón de errores por parte de un médico o proveedor de atención de salud podría considerarse como una señal de alerta o un fraude o abuso potencial si no se corrige. Si no puede solucionar el problema con su proveedor, contacte a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) local. Ahí pueden ayudarle a tratar de resolver el error. La función de la SMP también es ayudarle a identificar fraudes, errores o abusos contra Medicare y ayudarle a reportar un fraude o abuso potencial ante los CMS y las autoridades correspondientes. La información de contacto de su SMP se encuentra en la última página de este documento.

15. ¿Con quién debo comunicarme para obtener más información sobre las apelaciones y la solución de problemas relacionadas con las primas?

Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés): comuníquese con la SSA si tiene preguntas sobre sus primas, incluyendo multas por inscripción tardía o IRMAA. También puede solicitar Ayuda Adicional o compensación equitativa a través de la SSA. Puede contactar a la SSA llamando al 1-800-772-1213 o visitando su sucursal local.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés): Los asesores del SHIP son personas capacitadas de confianza que pueden brindar asesoría imparcial sobre Medicare. Pueden darle asesoría individual para darle apoyo en una situación específica. 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 se encuentra en la última página de este documento.

Oficina local de Medicaid: si tiene ingresos y bienes limitados, puede ser elegible para recibir ayuda con las primas a través de un Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) o Medicaid. contacte a su oficina local de Medicaid para obtener más información sobre las pautas de elegibilidad y la cobertura en su estado.

Estudio de caso práctico de SHIP

Ana se jubiló de su trabajo y se inscribió en Medicare Partes A y B hace un año. Retrasó su inscripción en la Parte D porque tenía cobertura de medicamentos a través de la cobertura para jubilados de su empleo previo. Sin embargo, hace poco decidió inscribirse en la Parte D y, cuando lo hizo, recibió un aviso que decía que tendrá que pagar una multa de prima de la Parte D del 12 %. Ana cree que eso no es justo.

¿Qué debe hacer Ana?

- Ana puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para obtener ayuda.
 - Si Ana no sabe cómo comunicarse con su SHIP, puede llamar al 877-839-2675 o visitar www.shiphelp.org.
- El asesor del SHIP le informará a Ana que tiene derecho a apelar su LEP de la Parte D.

- Si la cobertura de medicamentos para jubilados de Ana a través de su ex empleador era válida y Ana no tuvo un periodo sin cobertura de más de 63 días, debe apelar para que se elimine la LEP de la Parte D.
- Si la cobertura para jubilados de Ana no era válida, pero su empleador le hizo creer que sí lo era, Ana también puede apelar para que se reduzca o elimine la multa.
 - El asesor del SHIP puede decirle a Ana que se comunique con su exaseguradora o exempleador para obtener un comprobante de que estaba inscrita en este plan y que era válido.
- El asesor del SHIP puede ayudar a Ana a encontrar las instrucciones para presentar una apelación con C2C Innovative Solutions en el aviso que le informó sobre la LEP de la Parte D.
 - Debe llenar [este formulario](#) y entregarlo, junto con evidencia de su cobertura válida de medicamentos, si la tiene, a C2C Innovative Solutions.
- El asesor del SHIP le informará a Ana que debe pagar su prima de la Parte D con la multa mientras espera por una respuesta de C2C Innovative Solutions. Si su apelación es exitosa, su plan debe reembolsarle cualquier cantidad de multa que haya pagado en este periodo.

Estudio de caso práctico de la SMP

José recibió una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que muestra que un médico presentó varios reclamos a Medicare por servicios que José recibió el mes anterior. Está confundido porque solo fue con el proveedor una vez, pero su EOB muestra tres fechas diferentes de servicios. Le preocupa que esto pueda ser información incorrecta o un error y que pueda afectar la cobertura de su plan de servicios que necesita en el futuro.

¿Qué debe hacer José?

- José puede llamar a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) para que le aconsejen qué hacer.
 - Si no sabe cómo comunicarse con su SMP, puede llamar al 877-808-2468 o visitar www.smpresource.org.
- La SMP le dirá a José que debe comunicarse primero con su proveedor para informarle sobre los errores potenciales que encontró en su EOB y pedirle que aclare los servicios que recibió y/o que lo corrija y cualquier otro error que se haya cometido.
- Si el proveedor de José no responde o no está dispuesto a corregir los errores, José debe reportar esto como un posible fraude o abuso contra Medicare. La SMP puede ayudarle a José a tratar de solucionar el error y a reportarlo ante los CMS y las autoridades correspondientes.
- La SMP puede recordarle a José que siga dando seguimiento a sus citas de atención de salud y que compare sus estados de cuenta de Medicare y sus facturas médicas con un calendario de citas o con su [Mi rastreador de atención de salud](#). Si José sospecha que sus proveedores cometieron fraudes, errores o abusos, puede volver a llamar a la SMP.

Información de contacto del SHIP local	Información de contacto de la SMP local
Línea gratuita de SHIP:	Línea gratuita de la SMP:
Correo electrónico del SHIP:	Correo electrónico de la SMP:
Sitio web del SHIP:	Sitio web de la SMP:

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.

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 \$2,534,081, de los cuales el 100 por ciento 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.

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

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

© 2025 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.