

Solicitud de apelación retrospectiva de la cobertura de la Parte A de Medicare

Si usted es paciente de Medicare que ingresó en el hospital como paciente interno y el hospital cambió su estado a paciente ambulatorio que recibe “servicios de observación” que no estaban cubiertos por la Parte A de Medicare, es posible que pueda apelar. Si reúne los requisitos, puede apelar las estadias en el hospital desde el 1 de enero de 2009.

Si la decisión sobre su apelación es favorable, es posible que la Parte A de Medicare cubra los servicios de hospital y/o de centro de enfermería especializada que recibió. También puede tener derecho a que se le reembolsen los pagos que usted o un familiar hayan realizado por los servicios denegados. Debemos recibir su solicitud de apelación antes del 2 de enero de 2026.

Responda a 4 preguntas sobre su estadía en el hospital que le ayudarán a decidir si puede calificar para una apelación:

1. ¿Fue ingresado en el hospital como paciente interno el **1 de enero de 2009** o después, y el hospital cambió su estado a paciente ambulatorio durante su estancia? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Recibió servicios de observación en el hospital **después** de que el hospital cambiara su estado a paciente ambulatorio? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Recibió un Resumen de Medicare (MSN) por servicios ambulatorios durante su estadía en el hospital ☐ un Aviso de Observación Ambulatoria de Medicare (MOON) por servicios de observación durante su estadía en el hospital? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Es la **primera vez que apela** para que Medicare cubra los servicios relacionados con esta hospitalización ☐ si apeló, ¿recibió una decisión DESPUÉS del 4 de septiembre de 2011? ☐ Sí ☐ No

Si respondió **SÍ** a las 4 preguntas anteriores, puede usar este formulario para solicitar una apelación si al menos uno de estos enunciados también se aplica a usted:

- No tenía la Parte B de Medicare mientras estuvo en el hospital.

O bien,

- Estuvo en el hospital durante 3 o más días consecutivos, pero estuvo como paciente interno menos de 3 días y luego lo ingresaron en un centro de enfermería especializada en los 30 días siguientes a su salida del hospital.

Si cree que puede ser elegible, llene el formulario en las 2 páginas siguientes. Revisaremos su solicitud y todos los registros que podamos conseguir para determinar si reúne los requisitos para esta apelación.

Formulario de Solicitud de apelación retrospectiva de la cobertura de la Parte A de Medicare

Información del paciente

Solo las personas con Medicare Original, su representante designado o autorizado, alguien que presente esta solicitud en nombre de su sucesión o alguien con autoridad legal para presentar una solicitud en nombre de un beneficiario fallecido pueden presentar una apelación utilizando este formulario.

Nota: Los proveedores, suministradores, agencias estatales de Medicaid u otras aseguradoras no pueden presentar una solicitud de apelación en nombre de un beneficiario como su representante. **Las personas que estaban inscritas en un plan Medicare Advantage en el momento de la hospitalización no son elegibles para una apelación según este proceso.**

Nombre del paciente		Número de Medicare [][][][] - [][][] - [][][][]	
Dirección			
Ciudad		Estado [][]	Código postal [][][][][]
Dirección de correo electrónico (opcional)		Teléfono (opcional) ([][][]) [][][] - [][][][]	
Nombre del hospital	Ubicación del hospital (ciudad y estado)		
Fechas de hospitalización (mm/dd/aaaa)			

Opcional: Explique a continuación (o adjunte otra hoja) por qué cree que la Parte A de Medicare debería haber cubierto sus servicios de hospital como paciente interno:

¿Pagó usted (o un amigo o familiar) de su bolsillo los servicios de un centro de enfermería especializada después de esta hospitalización? En caso afirmativo, complete esta sección.

Nombre del centro de enfermería especializada	Ubicación del centro (ciudad y estado)
Fechas de la estancia en el centro	

Importe pagado al centro \$	Fecha del o los pagos al centro [][]/[][]/[][][][]
--------------------------------	---

Firma

Yo, _____ (escriba su nombre completo en letra de imprenta), por la presente certifico que la información aquí brindada es precisa a mi leal saber y entender. Además, certifico que los cargos por los servicios de enfermería especializada enumerados anteriormente fueron pagados por el beneficiario nombrado, o por un familiar o amigo en nombre del beneficiario nombrado. Junto con mi solicitud, envío un comprobante de pago (por ejemplo, un cheque cancelado en el que conste el pago al centro de enfermería especializada por los servicios, una factura del centro de enfermería especializada en la que conste el pago que realicé, etc.).

Firma	Fecha (mm/dd/yyyy) [][]/[][]/[][][][]
-------	--

Qué debe enviar con este formulario

Junto con el formulario firmado, envíe copias de toda la información que tenga sobre su estadía en el hospital y/o los servicios recibidos en el centro de enfermería especializada. Esto incluye:

- **Todos los historiales médicos de su estadía en el hospital y, si procede, de la estancia en el centro de enfermería especializada.** Pida estos informes al hospital y al centro de enfermería especializada (si forma parte de su apelación). Si no puede enviarlos con este formulario, intentaremos conseguirlos. Si tenemos que pedir los informes médicos al hospital o al centro de enfermería especializada, tienen 120 días para responder.
- **El Resumen de Medicare (MSN) de su estadía en el hospital.** Es el documento de Medicare en el que se indican las reclamaciones presentadas por su atención médica. Para obtener una copia de su MSN, obtenga acceso a su cuenta de Medicare en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- **El Aviso de Observación Ambulatoria de Medicare (MOON)** de su estadía en el hospital (si lo recibió). Se trata de un documento que le entrega el hospital si usted recibe servicios de observación como paciente ambulatorio durante más de 24 horas. Los hospitales empezaron a usar este aviso en marzo de 2017.
- **Cualquier factura o estado de cuenta detallado del hospital.**
- **El MSN de la estadía en el centro de enfermería especializada** (si su centro de enfermería especializada presentó una reclamación a Medicare). Si el centro de enfermería especializada no presentó una reclamación a Medicare, envíe la factura detallada del centro de enfermería especializada (si le facturaron los servicios del centro de enfermería especializada).
- **Comprobante de pago de los servicios del centro de enfermería especializada** que demuestre que usted o un familiar o amigo pagó los servicios del centro de enfermería especializada, y firme la declaración de la página 2 sobre los pagos de su bolsillo por dichos servicios.
- Cualquier otra prueba que considere útil para su apelación.

Envíe este formulario por correo o fax.

Envíe este formulario cumplimentado y los documentos o comprobantes lo antes posible. Su solicitud debe recibirse a más tardar el **2 de enero de 2026**.

Fax: 803-278-9541

Correo: Q2 Administrators – CMS 4204-F Appeals
300 Arbor Lake Drive, Suite 1350
Columbia, SC 29223-4582

¿Cuál es el siguiente paso?

- Revisaremos los documentos que nos envíe y toda la información que podamos obtener de su(s) proveedor(es) para determinar si reúne los requisitos para apelar.
- Es posible que nos pongamos en contacto con usted por correo si necesitamos más información.
- Le notificaremos por correo nuestra decisión sobre su elegibilidad para apelar, normalmente en un plazo máximo de 60 días después de que hayamos reunido todos los documentos.
- Si tiene preguntas sobre este formulario, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Obtenga información en otro formato

Usted tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como impreso en letras grandes, en Braille o en audio. Si necesita un formato accesible, díganos en qué formato aquí:

Si desea más información llame al 1-800-MEDICARE. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

También tiene derecho a presentar una queja si considera que se le ha discriminado. Visite [es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.es.Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE para pedir más información.

Declaración de la Ley de Privacidad: La autoridad legal para la recopilación de información en este formulario está autorizada por la sección 1869 (a)(3) de la Ley del Seguro Social. La información proporcionada se utilizará para documentar su apelación. La presentación de la información solicitada en este formulario es voluntaria, pero el hecho de no proporcionar toda o parte de la información solicitada puede afectar la determinación de su solicitud. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden revelar la información que usted proporcione en este formulario a otra persona o agencia gubernamental solo con respecto al Programa Medicare y para cumplir con lo dispuesto en las leyes federales.