

## **Materiales educativos del programa Medicare Minute – abril de 2022**

### **Quejas, reclamaciones y recursos para beneficiarios**

#### **1. ¿Qué es una queja?**

Una queja es una reclamación formal que usted presenta con su Plan Medicare Advantage o plan de medicamentos recetados de la Parte D. Si, por alguna razón, no está satisfecho(a) con su plan, puede elegir presentar una queja. Una queja no es una apelación, la cual es una solicitud para que su plan cubra un artículo o servicio que se denegó.

Los momentos en los que podría querer presentar una queja incluyen si su plan tiene un mal servicio al cliente o usted se enfrenta a problemas administrativos. Algunos ejemplos de los problemas que podrían llevarlo(a) a presentar una queja incluyen:

- Su plan no procesa una determinación o apelación de cobertura a tiempo.
- Su plan no acelera una determinación o apelación de cobertura.
- Experimenta atención de mala calidad de parte de un proveedor de la red (consulte el número 3).
- Usted experimenta un mal servicio al cliente de parte de un representante del plan.
- Le piden que pague una cantidad incorrecta de copago.
  - Por ejemplo, si está inscrito(a) en el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) y su proveedor le envía una factura. Las personas en el programa de QMB tienen ingresos y bienes limitados y están protegidas bajo la ley federal para que los proveedores no les envíen facturas por cualquier costo compartido de Medicare.
- Cancelan su inscripción al plan sin que usted lo haya pedido.
- Hay un cambio en las primas o los costos compartidos.
- Usted recibe comunicaciones escritas inadecuadas por parte de su plan.
- Experimenta una posible infracción de comercialización o fraude en la inscripción (consulte el número 7).

En algunos casos, usted podría presentar una apelación y una queja.

Para presentar una queja, envíe una carta al departamento de Quejas y Apelaciones de su plan. Visite el sitio web de su plan o llame a su plan por teléfono para obtener la dirección. También puede presentar una queja con su plan por teléfono, pero es mejor enviar sus quejas por escrito. Asegúrese de enviar su queja a su plan en un plazo de 60 días a partir del evento que ocasionó la queja.

Su plan debe investigar su queja y responderle en un plazo de 30 días. Si presentó su queja por escrito, el plan debe responderle por escrito. Si presentó su queja por teléfono, su plan puede responder verbalmente o por escrito, a menos que usted solicite específicamente una respuesta por escrito. Si su solicitud es urgente, su plan debe comunicarse con usted en un plazo de 24 horas. Si su plan no le ha respondido dentro de este plazo, usted puede revisar el estatus de su queja llamando a su plan o al 1-800-MEDICARE. Su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) puede ayudarle a entender cuándo y cómo presentar quejas.

#### **2. ¿Cuándo debo presentar una reclamación sobre mi plan ante Medicare?**

En algunos casos, si tiene un problema con su Plan Medicare Advantage o su plan de medicamentos recetados de la Parte D que no se ha resuelto mediante el proceso de quejas, o si desea informar a Medicare sobre otros

problemas, puede presentar una reclamación ante Medicare. Medicare usa un sistema llamado "Complaint Tracking Module" (CTM, o Módulo de seguimiento de quejas) para gestionar las preocupaciones de los beneficiarios acerca de los planes de salud y de medicamentos de Medicare. Tal vez quiera llamar a Medicare para presentar una reclamación formal a fin de informarle sobre un problema. Por ejemplo, si un plan no responde a las apelaciones dentro de los plazos especificados de Medicare y esto le impide a usted acceder a servicios necesarios por razones médicas. Para presentar una reclamación, llame al 1-800-MEDICARE. Su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) también puede ayudarle a presentar reclamaciones ante Medicare. La mayoría de los SHIP tienen acceso al CTM.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), la agencia gubernamental que supervisa el programa de Medicare, usan información del módulo de seguimiento de quejas para establecer las calificaciones de estrellas de los Planes Medicare Advantage y de la Parte D cada año. Las calificaciones de estrellas miden el desempeño de los Planes Medicare Advantage y de la Parte D. Medicare califica el nivel de desempeño de los planes en diferentes categorías, incluidas la calidad de la atención y el servicio al cliente. Las calificaciones van de una a cinco estrellas, donde cinco es la calificación más alta y uno es la más baja. Presentar una reclamación ante Medicare sobre un problema con un plan privado es una forma de asegurarse de que el plan se haga responsable por los errores o el mal comportamiento.

### **3. ¿Qué debo hacer si tengo una preocupación sobre la calidad de la atención que he recibido?**

Si tiene alguna preocupación sobre la calidad de la atención que recibe de un proveedor de Medicare, puede dirigir su preocupación a la Organización de Mejoramiento de la Calidad de la Atención Centrada en las Familias y los Beneficiarios (BFCC-QIO, por sus siglas en inglés) de su área. Las BFCC-QIO están formadas por médicos y otros expertos de la atención de salud. Su función es supervisar y mejorar la atención que se brinda a las personas inscritas en Medicare. Las BFCC-QIO revisan las reclamaciones acerca de la calidad de la atención proporcionada por:

- Médicos
- Hospitales para pacientes internados
- Departamentos de atención ambulatoria de hospitales
- Salas de emergencia de un hospital
- Centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)
- Agencias de atención médica a domicilio (HHA, por sus siglas en inglés)
- Centros de cirugía ambulatoria

Los ejemplos de situaciones en las cuales usted podría desear presentar una reclamación sobre la calidad de la atención incluyen:

- Un error relacionado con los medicamentos
- Adquirir una infección durante una estancia en un centro
- Recibir la atención o el tratamiento incorrecto
- Enfrentarse a barreras para recibir atención
- Recibir instrucciones inadecuadas al ser dado(a) de alta

Puede presentar una reclamación sobre la calidad de la atención llamando a su BFCC-QIO o enviando una reclamación por escrito. Cuando la BFCC-QIO reciba su reclamación, debe llamarle para hacer preguntas aclaratorias sobre su reclamación y para obtener la información de contacto de su proveedor. Un médico con la

misma especialidad revisará el expediente médico para determinar si la atención proporcionada cumplió con el estándar médico de atención, o si no se cumplió con el estándar médico de atención. El proceso de revisión puede tardar algunos meses y, cuando la revisión termine, usted o su médico recibirán una notificación por teléfono y por escrito. Actualmente, Livanta y KEPRO son las dos BFCC-QIO que atienden a todo el país. Para averiguar qué QIO atiende a su estado o territorio y cómo contactarla, visite [www.qioprogram.org/locate-your-bfcc-qio](http://www.qioprogram.org/locate-your-bfcc-qio) o llame al 1-800-MEDICARE.

Tome en cuenta que la BFCC-QIO también está involucrada en las apelaciones de los beneficiarios cuya atención está terminando y que no están de acuerdo con esta finalización de su atención. Este proceso de apelación es diferente al de las preocupaciones sobre la calidad de la atención.

**Si tiene un Plan Medicare Advantage**, puede elegir presentar reclamaciones sobre la calidad de la atención que recibe mediante el proceso de quejas de su plan, a través de la BFCC-QIO o ambos. Si presenta una queja con su plan (consulte el número 1) sobre la calidad de la atención que recibe, el plan debe informarle sobre su derecho a presentar una reclamación ante la BFCC-QIO.

**Su estado puede tener otras formas en las que usted puede presentar una reclamación** en contra de un médico. Usted puede presentar una reclamación a través de las secciones de protección del consumidor o del paciente dentro de la oficina de su estado del fiscal general. También puede considerar presentar una reclamación mediante los consejos estatales de licencias que regulan a los proveedores, por ejemplo, el Consejo de Medicina o el Consejo de Enfermería.

#### **4. ¿Qué debo hacer si tengo una reclamación sobre mi distribuidor de equipo médico duradero?**

Los distribuidores de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) deben tener procesos establecidos para manejar las reclamaciones de los beneficiarios de Medicare. Si usted tiene una reclamación, comuníquese con su distribuidor de DME y dígame cuál es su reclamación. En un plazo de cinco días naturales, su distribuidor debe informarle que recibió su reclamación y que la está investigando. En un plazo de 14 días naturales, su distribuidor debe enviarle el resultado de su investigación por escrito.

Si su distribuidor no maneja la reclamación de manera adecuada o no responde a tiempo, usted también puede presentar una reclamación ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE.

#### **5. ¿Qué debo hacer si tengo una reclamación sobre mi centro de diálisis o de trasplante de riñón?**

Las redes de enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) pueden hacerse cargo de la mayoría de las reclamaciones que usted pueda tener sobre la atención relacionada con la atención de diálisis o de trasplante de riñón. Una red de ESRD está formada por todos los centros de ESRD aprobados por Medicare en un área geográfica. Cada red de ESRD tiene una Organización de Red de ESRD. Las Organizaciones de Red de ESRD supervisan y mejoran la calidad de la atención brindada a las personas con ESRD.

Las reclamaciones que usted puede tener sobre su centro de ESRD incluyen:

- El personal del centro no lo(a) trata con respeto.
- Sus turnos de diálisis no son compatibles con sus horas de trabajo y el centro no le está permitiendo cambiar de turno.
- Su centro no está dándole el medicamento, o ayudándole a obtener el medicamento, que debe proporcionarle.

- Usted presentó reclamaciones ante su centro, pero no las abordaron.

Si tiene este tipo de preocupaciones, puede presentarlas ante su centro al solicitar una reunión sobre la atención de pacientes o al seguir el proceso de reclamaciones formales de su centro. También puede comunicarse con la oficina de su Red de ESRD para iniciar el proceso de reclamaciones de la red. La red de ESRD puede manejar estas quejas de distintas maneras:

- **Consulta confidencial:** una conversación con una persona de la Red acerca de su atención.
- **Defensoría inmediata:** una forma en la que la Red de ESRD puede trabajar con usted y con su centro para solucionar un problema. La defensoría inmediata debe completarse en siete días.
- **Revisión de la calidad de la atención:** una revisión a mayor escala si usted cree que sus preocupaciones tienen que ver con una mala atención hacia usted y/o hacia otros pacientes. Esta revisión puede incluir una revisión de los expedientes médicos y puede tardar hasta 60 días.
- **Remisión:** en algunos casos, su red puede identificar a otra agencia que puede ayudarle a solucionar su problema. En este caso, la red debe darle la información de contacto de dicha organización.

Para encontrar la información de contacto de su Organización de Red de ESRD, llame al 1-800-MEDICARE o visite [www.esrdnetworks.org](http://www.esrdnetworks.org).

En los casos en que su reclamación esté relacionada con un reclamo de abuso, condiciones inseguras o mala calidad de la atención, usted puede presentar una reclamación con su Agencia Estatal de Inspección. Llame al 1-800-MEDICARE para obtener la información de contacto de su Agencia Estatal de Inspección.

## 6. ¿Qué debo hacer si sospecho que mi proveedor está cometiendo un fraude, error o abuso en contra de Medicare?

**El fraude contra Medicare** ocurre cuando alguien engaña intencionalmente a Medicare para recibir un pago que no debería haber recibido o para recibir un pago mayor al que debería haber recibido. **El abuso contra Medicare** involucra facturarle a Medicare por servicios que no están cubiertos o que no están codificados correctamente, cuando el proveedor ha presentado información errónea sin saberlo o de forma no intencional para obtener un pago. El abuso incluye cualquier práctica que no les proporcione a los pacientes los servicios necesarios por razones médicas o que no cumpla con los estándares de atención profesionalmente reconocidos. **Los errores contra Medicare** son errores honestos relacionados con la facturación de un servicio o producto de atención de salud. Un patrón de errores por parte de un médico o proveedor podría considerarse como una señal de alerta o un fraude o abuso potencial si no se corrige. Algunos ejemplos comunes de fraude o abuso contra Medicare son:

- Facturar por servicios o suministros que no se proporcionaron.
- Brindar suministros no solicitados a los beneficiarios.
- Falsificar un diagnóstico, la identidad de un beneficiario, el servicio proporcionado u otros hechos para justificar el pago.
- Recetar o proporcionar exámenes y servicios excesivos o innecesarios.
- Violar el acuerdo de proveedores participantes con Medicare al rehusarse a facturarle a Medicare por los servicios o artículos cubiertos y facturárselos al beneficiario.
- Ofrecer o recibir sobornos a cambio del número de Medicare de un beneficiario o por recibir un servicio de parte del proveedor.
- Solicitar números de Medicare en una presentación educativa o en una llamada telefónica no solicitada.

Puede mantenerse al pendiente del fraude al darle seguimiento a todas sus citas médicas mediante un calendario o llamando a su SMP local para obtener un [Mi Rastreador de Atención de Salud](#) (My Health Care Tracker). Luego, compárelo con los estados de cuenta de Medicare (Resúmenes de Medicare [MSN, por sus siglas en inglés] si tiene Medicare original y Explicaciones de beneficios [EOB, por sus siglas en inglés] si tiene Medicare Advantage o la Parte D) y las facturas de sus proveedores. Si algo parece no estar correcto —por ejemplo, si ve en su MSN que su proveedor le facturó a Medicare por un consulta en un día en el que usted no fue al consultorio—, debe comunicarse primero con su proveedor. Llame a su médico o a su oficina de facturación e infórmeles sobre el problema en caso de que haya sido un error de facturación. Si su médico no corrige el error o si usted sigue sospechando de un fraude o abuso, puede llamar a:

- Su **Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés)**: su SMP puede ayudarle a identificar fraudes, errores o abusos contra Medicare y puede ayudarle a reportar un fraude potencial ante las autoridades correspondientes. La información de contacto de su SMP se encuentra en la última página de este documento.

## 7. ¿Qué debo hacer si un plan está realizando comercialización inapropiada o engañosa?

Las compañías de seguros que venden planes privados de Medicare deben seguir ciertas reglas cuando comercializan sus productos. Estas reglas tienen como objetivo prevenir que los planes presenten información engañosa sobre los costos o beneficios de un plan, también conocidas como infracciones de comercialización. Los planes de Medicare tienen permitido realizar ciertas actividades. Por ejemplo, las compañías pueden comercializar su plan a través de correo directo, correo electrónico (pero solo a las personas inscritas actualmente, a menos que hayan optado por no recibirlos), radio, televisión y anuncios impresos. Los agentes pueden visitar su casa si usted les ha dado permiso anteriormente y el permiso está documentado. Sin embargo, los agentes de seguro no pueden:

- Llamarle si usted no les dio permiso de hacerlo.
- Visitar su hogar, asilo u otro lugar de residencia sin su invitación.
- Pedirle su información financiera o personal (como su número del Seguro Social, número de Medicare o información bancaria) si le llaman.
- Dar regalos o premios con un valor de más de \$15 para alentar(a) a inscribirse (los regalos o los premios que tengan un valor de más de \$15 deben estar disponibles para el público en general, no solo para las personas con Medicare).
- Ignorar las leyes federales y estatales de protección al consumidor para el telemarketing, el Registro Nacional de "No llamar" o las solicitudes de no volver a llamar.
- Comercializar o vender sus planes en eventos educativos.
- Venderle seguro de vida u otros productos de seguro que no sean de salud en la misma cita, a menos que usted haya solicitado que se incluya dicha información en su cita.
- Comparar su plan con otro plan por nombre en los materiales publicitarios.
- Usar el término "respaldado por Medicare" o sugerir que su plan es un plan preferido por Medicare.
- Insinuar que están llamando en nombre de Medicare.

Asimismo, lo(a) están engañando si un agente de una compañía de seguros dice que usted:

- Debe inscribirse en un Plan Medicare Advantage (también llamado Parte C) para obtener cobertura de medicamentos de Medicare Parte D.

- Pagará una prima de la Parte B más costosa a menos que se inscriba en un plan específico (algunos planes ayudan a pagar por su prima de la Parte B o cobran primas adicionales, pero su prima de la Parte B no incrementará con base en sus elecciones de cobertura).
- Debe invitar a un representante del plan a su hogar para obtener información sobre el plan o para inscribirse.
- Puede regresar a Medicare original en cualquier momento si no está satisfecho(a), sin proporcionar información sobre los periodos de inscripción.
- Recibirá beneficios adicionales que, en realidad, son servicios cubiertos por Medicare.
- Recibirá beneficios adicionales, como dentales o de la vista, que realmente están cubiertos por otro seguro que usted ya tiene o para el cual es elegible (como Medicaid).
- Perderá sus beneficios de Medicaid a menos que se inscriba en un plan específico.

Si un representante de un plan realiza cualquiera de estos comportamientos, guarde cualquier prueba documentada de esta interacción. Puede llamar al 1-800-MEDICARE y a su SMP local (877-808-2468).

### **8. ¿Cómo puedo obtener ayuda para solucionar una disputa con mi proveedor?**

La defensoría inmediata es un proceso informal alternativo de resolución de disputas que la BFCC-QIO utiliza para resolver rápidamente una preocupación o reclamación verbal. Este proceso comienza cuando usted, un familiar o un defensor le da permiso a la BFCC-QIO de abordar una preocupación o reclamación. La BFCC-QIO entonces se pondrá en contacto con su proveedor. Si su proveedor acepta participar en la resolución del problema, la BFCC-QIO trabajará con usted y con su proveedor para solucionar el problema. Si su proveedor se niega a participar, usted podrá presentar una reclamación por escrito. El proceso es totalmente voluntario tanto para el beneficiario como para el proveedor o médico. Los ejemplos de reclamaciones que pueden resolverse mediante la defensoría inmediata incluyen, entre otros:

- Reclamaciones sobre una falta de comunicación por parte del personal
- Preocupaciones relacionadas con no haber recibido un escúter motorizado, una silla de ruedas u otra pieza de equipo
- Dificultad para programar una cita para volver a surtir una receta

En los casos donde se usa la defensoría inmediata, el problema debe resolverse en no más de dos días hábiles. Actualmente, Livanta y KEPRO son las dos BFCC-QIO que atienden a todo el país. Para averiguar qué QIO atiende a su estado o territorio y cómo contactarla, visite [www.qioprogram.org/locate-your-bfcc-qio](http://www.qioprogram.org/locate-your-bfcc-qio) o llame al 1-800-MEDICARE.

### **9. ¿Qué otros recursos están disponibles para mí como beneficiario(a) de Medicare?**

Si experimenta problemas con la inscripción de Medicare o el acceso a los servicios, o si necesita ayuda para entender sus beneficios, estos recursos están disponibles:

**Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés):** si tiene preguntas sobre Medicare, llame a su SHIP local para obtener ayuda. La información de contacto de su SHIP se encuentra en la última página de este documento. Los SHIP pueden ayudar con lo siguiente:

- La apelación de denegaciones de cobertura por parte de Medicare original o su Plan Medicare Advantage o su plan de medicamentos recetados de la Parte D.
- Navegar los procesos formales para presentar quejas ante los planes o reclamaciones sobre los planes.

- Inscribirse en Medicare Parte A y B por primera vez.
- Selección e inscripción de los Planes Medicare Advantage y de medicamentos recetados de la Parte D.
- Evaluaciones de elegibilidad e inscripción en programas para las personas con ingresos limitados, como el Programa de Ahorros de Medicare, Ayuda adicional y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica.
- Preguntas sobre qué artículos y servicios están cubiertos por Medicare.
- Preguntas sobre la coordinación de beneficios entre Medicare y otros tipos de seguro, como pólizas suplementarias, Medicaid y cobertura para jubilados.

**Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés):** las SMP habilitan y ayudan a los beneficiarios de Medicare, a sus familias y a los cuidadores a prevenir, detectar y reportar fraudes, errores y abusos relacionados con la atención de salud (consulte los números 6 y 7). La información de contacto de su SMP se encuentra en la última página de este documento.

**La Administración del Seguro Social:** si se va a inscribir en Medicare Parte A y/o B por primera vez, necesita hacerlo a través de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés). Puede contactar a la SSA visitando su oficina local, llamando a la línea de ayuda de la SSA al 1-800-772-1213, llamando a [su oficina local o visitando su cuenta del Seguro Social en el portal en línea de la SSA \(www.ssa.gov/myaccount/\)](#). La SSA también puede brindar información sobre:

- Ayuda adicional, un programa federal que ayuda a las personas a ahorrar dinero en los medicamentos recetados
- Su historial de inscripción en Medicare Parte A y B
- Su multa por inscripción tardía de la Parte B, si tiene una
- Programas de empleo para las personas que reciben Medicare debido a una discapacidad

**1-800-MEDICARE:** Medicare puede darle información sobre las reglas de inscripción y de cobertura en general y sobre su propia inscripción en Medicare e información sobre los reclamos. Llame a Medicare para obtener información sobre:

- Su inscripción actual e historial de inscripción en los Planes Medicare Advantage o de medicamentos recetados de la Parte D
- Costos y cobertura de artículos y servicios cubiertos bajo Medicare original
- Reclamos que se han presentado ante Medicare sobre su atención y para obtener una copia de su Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés)
- Para presentar una reclamación acerca de un plan privado de Medicare (consulte el número 2) o un distribuidor de equipo médico duradero (consulte el número 5)

También puede iniciar sesión o crear su [cuenta de Medicare](#) para ver su historial de inscripción, dar seguimiento a los reclamos u obtener una copia de su MSN.

**Su departamento local de servicios sociales (LDSS, por sus siglas en inglés):** si necesita ayuda para averiguar si es elegible para Medicaid o desea presentar una solicitud, llame a su LDSS para obtener información sobre la elegibilidad y cómo presentar una solicitud.

**Defensor del pueblo para la atención a largo plazo:** cada estado tiene un defensor del pueblo que ayuda a los residentes de dicho estado a encontrar y a pagar por la atención a largo plazo de calidad. En ocasiones, también puede ayudar a investigar y mediar desacuerdos entre un residente y su centro. Puede encontrar su defensor del pueblo visitando [www.ltcombudsman.org](http://www.ltcombudsman.org).

**Mercado de Seguros de Salud: Si no es elegible para Medicare** y necesita inscribirse en un seguro de salud a través del Mercado de Seguros, puede obtener más información e inscribirse en <https://www.healthcare.gov/>.

### Estudio de caso práctico de SHIP

Hace poco, Ricardo tuvo una estancia hospitalaria que estuvo cubierta por su Plan Medicare Advantage. Sintió que hubo algunos problemas con la calidad de la atención que recibió: cree que el personal del hospital no estuvo al pendiente de él con la suficiente frecuencia y cree que esto podría haber obstaculizado su recuperación. También reportó al hospital ante el departamento de salud de su estado, pero quiere saber si hay otras medidas que pueda tomar para que el hospital se haga responsable.

### ¿Qué debe hacer Ricardo?

- Ricardo debe llamar a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) para recibir asesoría sobre esta situación.
  - Si Ricardo no sabe cómo comunicarse con su SHIP, puede llamar al 877-839-2675 o visitar [www.shiphelp.org](http://www.shiphelp.org).
- El asesor del SHIP puede decirle a Ricardo que, para una reclamación relacionada con la calidad de la atención que recibió de un proveedor de un Plan Medicare Advantage, puede reportar su preocupación ante su plan y ante la BFCC-QIO.
  - Si Ricardo desea presentar una queja con su plan, el asesor del SHIP puede ayudarle a escribir una queja breve e indicarle que llame a su plan para averiguar dónde debe enviar la queja. El plan debe responder a la queja en un plazo de 30 días.
    - El asesor del SHIP también puede decirle a Ricardo que si su plan no responde a su queja de forma oportuna, puede llamar al 1-800-MEDICARE para presentar una reclamación.
  - Si Ricardo desea presentar una reclamación sobre la calidad de la atención ante la BFCC-QIO, el asesor del SHIP puede ayudarle a determinar si su BFCC-QIO es Livanta o KEPRO y puede ayudarle a encontrar información sobre a quién llamar o enviar una reclamación por escrito.
    - La QIO contactará a Ricardo para obtener más información sobre su reclamación. Ricardo debe estar preparado para proporcionar información sobre por qué está presentando una reclamación y sobre cómo la QIO puede contactar al hospital.

### Estudio de caso práctico de la SMP

Josefina recibió un Resumen de Medicare (MSN, por sus siglas en inglés) que muestra que un médico presentó varios reclamos a Medicare por servicios que ella recibió el mes anterior. Está confundida porque solo fue con el proveedor una vez, pero su MSN 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 ella pudiera necesitar en el futuro.

### ¿Qué debe hacer Josefina?

- Josefina puede llamar a su Patrulla de Medicare para Adultos Mayores (SMP, por sus siglas en inglés) para que le aconsejen qué hacer.
  - Si Josefina no sabe cómo comunicarse con su SMP, puede llamar al 877-808-2468 o visitar [www.smpresource.org](http://www.smpresource.org).



- La SMP le dirá a Josefina que debe contactar a su proveedor para informarle sobre los errores que encontró en su MSN y para pedirle que los aclare y/o que los corrija.
- Si el proveedor de Josefina no responde o no está dispuesto a corregir los errores, Josefina puede reportar esto como un posible fraude o abuso contra Medicare. La SMP puede ayudarle a reportarlo ante las autoridades correspondientes.
- La SMP puede recordarle a Josefina que siga dándole seguimiento a sus citas de atención de salud y que compare sus estados de cuenta de Medicare y sus facturas médicas con un calendario o con su My Health Care Tracker (Mi rastreador de atención de salud) de sus citas. Si Josefina 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
<p><b>Línea gratuita de SHIP:</b>  <b>Correo electrónico de SHIP:</b>  <b>Sitio web de SHIP:</b></p> <p><b>Para encontrar un SHIP en otro estado:</b>  Llame al 877-839-2675 o visite <a href="http://www.shiphelp.org">www.shiphelp.org</a>.</p>	<p><b>Línea gratuita de la SMP:</b>  <b>Correo electrónico de la SMP:</b>  <b>Sitio web de la SMP:</b></p> <p><b>Para encontrar una SMP en otro estado:</b>  Llame al 877-808-2468 o visite <a href="http://www.smpresource.org">www.smpresource.org</a>.</p>
<p>Centro Nacional de Soporte Técnico de SHIP: 877-839-2675   <a href="http://www.shiphelp.org">www.shiphelp.org</a>   <a href="mailto:info@shiphelp.org">info@shiphelp.org</a>  Centro Nacional de Recursos de la SMP: 877-808-2468   <a href="http://www.smpresource.org">www.smpresource.org</a>   <a href="mailto:info@smpresource.org">info@smpresource.org</a>  © 2022 Medicare Rights Center   <a href="http://www.medicareinteractive.org">www.medicareinteractive.org</a>  </p>	
<p><i>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 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. Por lo tanto, los puntos de vista o las opiniones no necesariamente representan la política oficial de la Administración para la Vida en Comunidad.</i></p>	