

justice

Generated by: Legal AI Assistant
April 26, 2026

98. Medicare Federal Normas Federales del Pagador Secundario de Medicare y Tratamientos Médicos y Acuerdos de Trabajadores Lesionados bajo la Compensación Laboral de California (ANÁLISIS PARTE-A PARA TRABAJADORES LESIONADOS) 2 de marzo de 2026

La información proporcionada a través de este Análisis impulsado por IA es únicamente para fines informativos y educativos generales. No constituye asesoría legal, no crea una relación abogado-cliente, y no debe considerarse como un sustituto del asesoramiento de un abogado calificado. Las leyes y los resultados legales varían según los hechos específicos y la jurisdicción. Si necesita asesoramiento adaptado a su situación, debe consultar directamente con un abogado.

© 2026 The Law Offices of Fernando Hidalgo, Inc. Generado por un Asistente Legal de IA. Facilitado por The Law Offices of Fernando Hidalgo, Inc. Todos los derechos reservados.

NORMAS FEDERALES DEL PAGADOR SECUNDARIO DE MEDICARE Y COMPENSACIÓN LABORAL DE CALIFORNIA: TRATAMIENTO MÉDICO Y ACUERDOS

Este informe explica cómo la ley federal de Medicare y las normas de compensación laboral de California funcionan en conjunto cuando usted es un trabajador lesionado que tiene o pronto tendrá beneficios de Medicare. Cubre cómo se aprueba su tratamiento médico, qué sucede cuando resuelve su caso de compensación laboral y cómo proteger su cobertura futura de Medicare.

--Parte 1: ¿Qué es la Regla del Pagador Secundario de Medicare? Visión General de la Ley

El estatuto del Pagador Secundario de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés) es una ley federal que establece que Medicare no es el primero en pagar su tratamiento médico si otra fuente -como la compensación laboral- es responsable. "Pagador secundario" significa que Medicare sólo paga después de que la compensación laboral haya pagado o debiera haber pagado. Esta ley se encuentra en 42 U.S.C. § 1395y(b) (<https://www.law.cornell.edu/uscode/text/42/1395y>).

En términos sencillos: si usted se lesionó en el trabajo y la compensación laboral debe cubrir sus facturas médicas, Medicare no pagará esas facturas primero. La compensación laboral debe pagar primero.

Por Qué Esto Le Importa Si usted es beneficiario de Medicare (alguien que recibe seguro de salud de Medicare) y tiene un reclamo de compensación laboral, debe entender esta regla. Esta afecta:

Quién paga su tratamiento médico en este momento

Cómo se estructura su acuerdo de compensación laboral

Si Medicare cubrirá su atención médica relacionada con la lesión en el futuro

Importante: Si su acuerdo de compensación laboral no protege adecuadamente los intereses de Medicare, Medicare puede negarse a pagar por su atención médica relacionada con la lesión en el futuro. Esto podría dejarle pagando el tratamiento de su propio bolsillo.

Lo Que Exige la Ley El estatuto MSP en 42 U.S.C. § 1395y(b)(2)(A)(i) (<https://www.law.cornell.edu/uscode/text/42/1395y>) establece que Medicare "no puede" pagar por ningún artículo o servicio médico cuando el pago "se ha hecho, o puede razonablemente esperarse que se haga" bajo la compensación laboral. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) -la agencia federal que administra Medicare- hace cumplir esta regla.

CMS tiene la autoridad legal para:

Negarse a pagar por servicios médicos que la compensación laboral debería cubrir

Recuperar dinero de su acuerdo si Medicare ya pagó por tratamiento relacionado con el trabajo

Buscar el reembolso de usted, su abogado, la compañía de seguros de su empleador, o cualquier persona que haya recibido dinero del acuerdo

Sanción de Daños Dobles La ley en 42 U.S.C. § 1395y(b)(3)(A)

(<https://www.law.cornell.edu/uscode/text/42/1395y>) permite al gobierno federal cobrar daños dobles (el doble de la cantidad adeudada) contra cualquier parte que no reembolse adecuadamente a Medicare. Esta sanción se aplica a las compañías de seguros de compensación laboral, empleadores autoasegurados y administradores externos.

Crítico: La regla de daños dobles es una poderosa herramienta de ejecución. Significa que las compañías de seguros pueden enfrentar una responsabilidad igual al doble del monto de los pagos de Medicare que no reembolsaron. Por eso las compañías de seguros toman en serio el cumplimiento de Medicare durante las negociaciones de acuerdos.

Requisitos Obligatorios de Reporte Bajo la Sección 111 de la Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y SCHIP de 2007 (MMSEA), las compañías de seguros de compensación laboral deben reportar la información del acuerdo a CMS. El incumplimiento del reporte conlleva sanciones de hasta \$1,000 por día por reclamante, como se describe en la guía de Reporte Obligatorio del Asegurador de CMS (<https://www.cms.gov/medicare/coordination-benefits-recovery/mandatory-insurer-reporting>).

--Parte 2: Regulaciones Federales que Implementan la Regla MSP

El Código de Regulaciones Federales Las reglas detalladas para implementar el estatuto MSP aparecen en 42 C.F.R. Parte 411 (<https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-411>). Estas regulaciones explican cómo CMS procesa los reclamos, determina qué pagos condicionales (pagos temporales que Medicare hace mientras su caso de compensación laboral está pendiente) se adeudan, y recupera el dinero.

42 C.F.R. § 411.24 (<https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-B/part-411>) otorga a CMS el derecho de tomar acción contra cualquier parte responsable de hacer el pago bajo un plan primario (su seguro de compensación laboral). CMS "puede iniciar la recuperación tan pronto como se entere de que se ha hecho un pago o podría hacerse bajo la compensación laboral".

La Regla de Reconocimiento de Acuerdos Una regulación importante para los acuerdos es 42 C.F.R. § 411.46 (<https://ametros.com/wp-content/uploads/2019/08/42-CFR-411.46.pdf>). Esta regla establece:

Cuando su acuerdo de compensación laboral reserva dinero para servicios médicos futuros, Medicare no pagará esos servicios hasta que se agote el dinero reservado

Si su acuerdo "parece representar un intento de trasladar a Medicare la responsabilidad del pago de gastos

médicos por el tratamiento de una condición relacionada con el trabajo, el acuerdo no será reconocido"

Nota: Esto significa que CMS puede rechazar toda la estructura de su acuerdo si parece que las partes intentaron hacer que Medicare pagara por atención que la compensación laboral debería cubrir.

Pagos Condicionales Cuando la compensación laboral no paga por su tratamiento médico dentro de los 120 días de recibir el reclamo, Medicare está autorizado a hacer pagos condicionales bajo 42 U.S.C. § 1395y(b)(2)(D) (<https://www.law.cornell.edu/uscode/text/42/1395y>). Estos son pagos temporales que Medicare espera recuperar una vez que su caso de compensación laboral se resuelva. El Centro de Coordinación de Beneficios y Recuperación (BCRC, por sus siglas en inglés) rastrea estos pagos, como se explica en la guía de pagos condicionales de CMS (<https://www.cms.gov/medicare/coordination-benefits-recovery/attorney-services/conditional-payment-information>).

--Parte 3: Sistema de Tratamiento Médico de la Compensación para Trabajadores de California

Su Derecho a Tratamiento Médico Conforme a la ley de California, su empleador debe proporcionarle todo tratamiento médico que sea "razonablemente necesario para curar o aliviar los efectos" de su lesión laboral. Este derecho proviene del Código Laboral de California § 4600. La División de Compensación para Trabajadores (DWC) supervisa este proceso.

California utiliza un conjunto de pautas médicas denominado Programa de Utilización del Tratamiento Médico (MTUS, por sus siglas en inglés) para determinar qué tratamiento es apropiado. Estas pautas se basan en medicina basada en evidencia y son publicadas por el Programa de Utilización del Tratamiento Médico de la DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>).

El Proceso de Revisión de Utilización (UR) La Revisión de Utilización (UR) es el proceso que utiliza la compañía de seguros de su empleador para decidir si aprueba o niega la solicitud de tratamiento médico de un médico. Las reglas de la UR se encuentran en el Título 8, Cal. Code Regs. § 9792.9.1 (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>).

Así funciona el proceso de UR:

Su médico envía una solicitud de tratamiento utilizando el Formulario RFA de la DWC (Solicitud de Autorización)

Un revisor médico calificado empleado por la compañía de seguros revisa la solicitud

El revisor decide aprobar, modificar o negar el tratamiento con base en las pautas del MTUS

La compañía de seguros debe responder dentro de estos plazos:

Revisiones estándar: de 5 a 14 días hábiles

Revisiones aceleradas (cuando existe una amenaza grave e inmediata a la salud): 72 horas

Revisiones concurrentes (para tratamiento en curso): Antes de suspender la atención actual

La decisión debe enviarse por escrito a su médico, a usted y a su abogado si tiene uno.

Revisión Médica Independiente (IMR) Si la compañía de seguros niega o modifica la solicitud de tratamiento

de su médico basándose en la necesidad médica (es decir, afirma que el tratamiento no es médicamente necesario), usted tiene derecho a solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR). Este proceso se describe en la página de IMR de la DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/imr.htm>) y se rige por el Código Laboral de California § 4610.

Así funciona la IMR:

Usted tiene 30 días desde la recepción de la negación de la UR para presentar una solicitud de IMR (Formulario IMR-1 de la DWC)

El Director Administrativo decide dentro de 15 días si su solicitud califica

Si califica, un revisor médico independiente de Maximus Federal Services, Inc. revisa su caso

Para casos estándar, el revisor emite una decisión después de recibir los registros médicos (generalmente dentro de 30 días)

Para casos de emergencia, la decisión debe emitirse dentro de 10 días

Importante: La decisión de la IMR es vinculante para todas las partes. Si el revisor aprueba su tratamiento, la compañía de seguros debe proporcionarlo y pagar cualquier factura pendiente dentro de los 20 días, según se establece en el Título 8, Cal. Code Regs. § 9792.10.7 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9792107.html>).

--Parte 4: Donde las Reglas de California y las Reglas de Medicare Entran en Conflicto

La Brecha Entre los Estándares Estatales y Federales Los procesos de UR e IMR de California deciden si un tratamiento es médicamente necesario conforme a la ley estatal de California. Medicare tiene sus propias reglas separadas sobre qué tratamientos cubre. Estos dos sistemas no siempre coinciden.

Esto significa: obtener la aprobación de su tratamiento bajo la compensación para trabajadores de California no garantiza que Medicare cubra el mismo tratamiento en el futuro.

Ejemplos de Conflictos Las diferencias se hacen evidentes en situaciones como las siguientes:

Medicamentos compuestos: Un médico de UR de California puede aprobar medicamentos compuestos para el dolor como médicamente necesarios bajo las pautas del MTUS, pero Medicare puede clasificarlos como terapias experimentales no cubiertas

Rehabilitación vocacional: La IMR de California puede exigir la cobertura de servicios de rehabilitación vocacional, pero Medicare los excluye explícitamente como servicios no médicos

Tratamiento extendido: California puede aprobar un curso de tratamiento que exceda los límites estándar de utilización de Medicare para un diagnóstico particular

Por Qué Esto Es Importante para su Acuerdo Ni el formulario de UR ni el proceso de IMR requieren que alguien verifique si Medicare cubrirá el tratamiento aprobado. El Formulario RFA de la DWC (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>) no incluye campos para el análisis de cobertura de Medicare. La determinación de la IMR (https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm) se centra únicamente en los estándares de California.

Importante: Si usted es beneficiario de Medicare o se convertirá en uno pronto, usted o su abogado deben verificar de forma independiente si Medicare cubre los tratamientos recomendados. Esto es especialmente importante cuando su tratamiento involucra métodos experimentales, medicamentos compuestos, terapias de

alto costo o cursos de atención que exceden los patrones típicos.

Pagos Condicionales Durante el Proceso de UR/IMR El proceso de UR e IMR puede tomar mucho tiempo-a veces más de 120 días desde la solicitud inicial de tratamiento hasta la aprobación final. Durante este retraso, su médico puede facturar a Medicare por su atención. Esto genera pagos condicionales que Medicare querrá recuperar de su acuerdo.

Una línea de tiempo típica se ve así:

Negación de UR emitida (Día 14)

Usted presenta la solicitud de IMR (Día 44)

El Director Administrativo revisa la elegibilidad (Día 59)

Maximus recibe los registros y realiza la revisión (Día 89)

Determinación final de la IMR emitida (Día 120-130)

Debido a que este proceso puede exceder los 120 días, Medicare a menudo realiza pagos condicionales que deben rastrearse y reembolsarse de los ingresos de su acuerdo a través del proceso de recuperación del BCRC (<https://www.cms.gov/medicare/coordination-benefits-recovery/beneficiary-services/recovery-process>).

--Parte 5: Acuerdos de Reserva de Medicare para Compensación del Trabajador (WCMSA)

¿Qué es un WCMSA? Un Acuerdo de Reserva de Medicare para Compensación del Trabajador (WCMSA, por sus siglas en inglés) es una cantidad específica de dinero proveniente de su acuerdo que usted debe apartar en una cuenta separada. Este dinero se utiliza únicamente para pagar gastos médicos futuros relacionados con su lesión laboral que Medicare cubriría de otro modo. Los CMS explican los WCMSA en la Guía de Referencia del WCMSA, Versión 4.4 (<https://www.cms.gov/files/document/wcmsa-reference-guide-version-44.pdf>), vigente desde julio de 2025.

El objetivo de un WCMSA es estimar el costo total de todo el tratamiento médico futuro cubierto por Medicare relacionado con su lesión laboral durante el resto de su vida, y apartar suficiente dinero de su acuerdo para cubrir ese costo.

Cuándo necesita la revisión de los CMS Los CMS han establecido dos umbrales de revisión que determinan cuándo debe presentar su WCMSA a los CMS para su aprobación, según se describe en las directrices de WCMSA de los CMS

(<https://www.cms.gov/medicare/coordination-benefits-recovery/workers-comp-set-aside-arrangements>):

Umbral 1: Usted ya es beneficiario de Medicare Y el total de su acuerdo supera los \$25,000

Umbral 2: Tiene una expectativa razonable de inscribirse en Medicare dentro de los 30 meses Y el total anticipado de su acuerdo supera los \$250,000

"Expectativa razonable de inscripción en Medicare" significa que usted:

Tiene 62 años y 6 meses o más

Padece Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)

Recibe Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)

Tiene afecciones médicas documentadas que probablemente causarán una discapacidad dentro de los 30 meses

¿Es obligatorio presentar un WCMSA? Presentar un WCMSA a los CMS para su revisión es voluntario, no obligatorio. Sin embargo, la aprobación de los CMS ofrece protecciones importantes, según se indica en la Guía de Referencia del WCMSA

(<https://www.cms.gov/files/document/wcmsa-reference-guide-version-44.pdf>):

Si los CMS aprueban el monto de su WCMSA, Medicare se compromete a reanudar la cobertura una vez que usted haya utilizado adecuadamente los fondos reservados

Si usted no obtiene la aprobación de los CMS, Medicare puede negar sus futuros reclamos médicos relacionados con la lesión y exigir que usted gaste todo el monto neto del acuerdo en atención médica antes de que Medicare pague algo

Importante: Sin la aprobación de los CMS, usted corre el riesgo de que Medicare le exija agotar la totalidad de su acuerdo (menos los honorarios del abogado y el reembolso de pagos condicionales) en gastos médicos antes de pagar cualquier atención relacionada con la lesión. Esto podría dejarle sin dinero del acuerdo para sus gastos de manutención.

--Parte 6: Cómo se calculan y financian los WCMSA

Qué se incluye en el cálculo El cálculo de un WCMSA requiere un análisis detallado de su situación médica. Según la Guía de Referencia del WCMSA

(<https://www.cms.gov/files/document/wcmsa-reference-guide-version-44.pdf>), el cálculo debe incluir:

Qué tan grave y permanente es su lesión laboral

Su edad, salud y expectativa de vida (cuánto tiempo se espera que viva)

Las recomendaciones de su médico para tratamiento futuro, incluyendo tipo, frecuencia y duración

Costos actuales de medicamentos y atención médica

Las tarifas y reglas de cobertura de Medicare

Costos totales proyectados de por vida para su atención médica relacionada con la lesión

Documentos que necesita Para calcular su WCMSA, usted o su representante necesitarán:

Expedientes médicos completos de todos los proveedores tratantes (al menos de 3 a 5 años)

Registros de farmacia de al menos 6 meses que muestren medicamentos, costos y frecuencia de resurtido

Declaraciones escritas de su médico sobre sus necesidades médicas futuras

Su edad actual, estado de salud y cualquier otra afección médica

Cualquier informe de evaluación médica independiente (IME)

Documentación del monto total del acuerdo y cómo se divide

Financiación mediante suma global vs. acuerdo estructurado Puede financiar su WCMSA de dos maneras, según se explica en la Guía de Referencia del WCMSA

(<https://www.cms.gov/files/document/wcmsa-reference-guide-version-44.pdf>) y en la guía sobre acuerdos

estructurados

(<https://partnerwithsynergy.com/an-examination-of-the-role-of-structured-settlements-in-funding-medicare-set-asides/>):

Financiación mediante suma global: Usted deposita la totalidad del monto aprobado del WCMSA en una cuenta bancaria separada dentro de los 30 días posteriores al acuerdo. La cuenta debe ser:

Únicamente a su nombre

Que devengue intereses

Asegurada por la FDIC

No mezclada con su dinero personal

Financiación mediante acuerdo estructurado: Una compañía de seguros realiza pagos anuales a su cuenta del WCMSA durante toda su vida. El primer depósito (llamado depósito "inicial" o "seed") cubre:

La primera cirugía o procedimiento importante para cada parte del cuerpo lesionada

Los primeros dos años de gastos médicos anuales proyectados

La financiación estructurada a menudo ahorra entre 20% y 30% en comparación con la financiación mediante suma global, porque los pagos se distribuyen a lo largo del tiempo y los pagos de anualidades están libres de impuestos.

Expectativa de vida y "edad calificada" Su expectativa de vida determina cuántos años de costos médicos futuros debe cubrir el WCMSA. Los CMS normalmente utilizan las tablas estándar de expectativa de vida de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC).

Sin embargo, si usted padece afecciones médicas graves que pueden acortar su vida, su médico puede proporcionar una opinión médica que respalde un ajuste de "edad calificada". Por ejemplo, un trabajador de 55 años con lesión cerebral traumática grave podría ser tratado como si tuviera 65 años para los fines del WCMSA, reduciendo los años proyectados de costos médicos futuros.

--Parte 7: Cambios recientes en la política de CMS (2025)

Prohibición de WCMSA de Cero Dólares A partir del 17 de julio de 2025, CMS dejó de aceptar propuestas de WCMSA que asignen cero dólares para gastos médicos futuros. Este cambio de política se describe en la Guía de Referencia de WCMSA, Versión 4.4

(<https://www.cms.gov/files/document/wcmsa-reference-guide-version-44.pdf>) y se analiza en los comentarios de la industria (<https://www.capehart.com/msa-to-submit-or-not-to-submit/>).

Anteriormente, las partes a veces resolvían reclamos con un "MSA de cero dólares", lo que significa que no asignaban dinero alguno para atención médica futura. CMS ahora considera esto como un intento indebido de hacer que Medicare pague por atención que debería cubrir la compensación para trabajadores.

Reporte Obligatorio de Todos los Montos de WCMSA A partir del 4 de abril de 2025, todas las compañías de seguros de compensación para trabajadores deben reportar cada monto de asignación de WCMSA -incluidos los montos de cero dólares- a CMS a través del reporte obligatorio de la Sección 111. La única excepción es para acuerdos de \$750 o menos. Este requisito se analiza en el análisis de reportes de CLM Magazine (<https://www.theclm.org/Magazine/articles/making-sense-of-new-reporting-requirements/2499>).

Esto significa que CMS ahora ve cada acuerdo de compensación para trabajadores que involucra a un beneficiario de Medicare y sabe qué asignación de WCMSA se realizó.

Eliminación del Período de Espera de Un Año para Revisión Posterior A partir del 7 de abril de 2025, CMS eliminó el período de espera de un año para solicitar una revisión enmendada del WCMSA. Anteriormente, si su situación médica cambiaba después de que CMS aprobara su WCMSA, tenía que esperar un año antes de pedirle a CMS que ajustara el monto. Ahora puede solicitar una nueva revisión más pronto si su condición médica ha cambiado sustancialmente, como se indica en los materiales del seminario web de WCMSA de CMS

(<https://www.cms.gov/files/document/june-17-2025-introduction-workers-compensation-medicare-set-aside-arrangements-wcmsa-webinar.pdf>).

Lo que Significan estos Cambios para Usted Importante: Estos cambios de política aumentan significativamente el riesgo de resolver su caso sin las protecciones adecuadas de Medicare. CMS ahora puede ver los detalles de su acuerdo y cuestionar su asignación de WCMSA si parece demasiado baja. Si usted es beneficiario de Medicare o se convertirá en uno dentro de los próximos 30 meses, hable con su abogado sobre obtener la aprobación de CMS para su WCMSA antes de finalizar su acuerdo.

--Parte 8: Pagos Condicionales-Seguimiento, Disputas y Reembolso

Cómo el BCRC Rastrea los Pagos Condicionales El Centro de Coordinación de Beneficios y Recuperación (BCRC, por sus siglas en inglés) es la parte de CMS que rastrea los pagos que Medicare realiza en su nombre mientras su caso de compensación para trabajadores está pendiente. Usted debe notificar al BCRC lo antes posible -idealmente dentro de los 30 días posteriores a su lesión- para que puedan comenzar el seguimiento. La información de contacto y los procedimientos están disponibles en la guía del BCRC de CMS (<https://www.cms.gov/medicare/coordination-benefits-recovery/beneficiary-services/liability-no-fault-workers-compensation-reporting>).

Después de que el BCRC reciba su aviso, ellos:

Le enviarán una carta de "Derechos y Responsabilidades" (RAR) explicando sus obligaciones

Dentro de los 65 días posteriores a la carta RAR, le enviarán una Carta de Pago Condicional (CPL) que enumera todos los pagos de Medicare relacionados con su lesión laboral y el monto total adeudado

Disputa de Elementos en la Carta de Pago Condicional Usted tiene el derecho de disputar cualquier elemento en la CPL que crea que no está relacionado con su lesión laboral. Para disputar:

Revise cada elemento cuidadosamente con su médico

Reúna los registros médicos que demuestren que el servicio fue para una condición no relacionada con el trabajo

Presente su disputa por escrito al BCRC dentro de 30 a 45 días

El BCRC revisará y podrá emitir un monto de pago condicional modificado

Reembolso de su Acuerdo Cuando resuelva su caso de compensación para trabajadores, debe reembolsar a Medicare por los pagos condicionales a partir de los ingresos de su acuerdo. El proceso de recuperación de CMS (<https://www.cms.gov/medicare/coordination-benefits-recovery/beneficiary-services/recovery-process>) funciona así:

Usted notifica al BCRC el monto y la fecha de su acuerdo

El BCRC emite una carta final de demanda de recuperación

Sus pagos condicionales pueden reducirse por una parte proporcional de sus honorarios de abogado y costos

El pago se envía directamente a Medicare desde los ingresos del acuerdo

Por ejemplo: Si los pagos condicionales totalizan \$50,000, su acuerdo total es de \$150,000 y usted pagó \$30,000 en honorarios de abogado, la reducción de honorarios sería de aproximadamente \$10,000 (porque los pagos condicionales representan cerca del 33% del acuerdo, y el 33% de \$30,000 es aproximadamente \$10,000).

Derechos de Apelación Si no está de acuerdo con la demanda de recuperación de Medicare, tiene derecho a apelar a través de múltiples niveles como se describe en la Guía de Referencia de WCMSA (<https://www.cms.gov/files/document/wcmsa-reference-guideversion-44.pdf>):

Redeterminación por parte del contratista del BCRC

Reconsideración por parte de un contratista independiente

Audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ)

Revisión por el Consejo de Apelaciones de Medicare de la Junta Departamental de Apelaciones

Revisión judicial en un tribunal federal

Crítico: Los intereses se acumulan sobre los montos de la demanda a partir de la fecha de la carta de demanda. Si no responde o no paga, Medicare puede embargar su salario, presentar reclamos contra su patrimonio, compensar sus beneficios futuros de Medicare o Seguro Social, o presentar una demanda en un tribunal federal.

--Parte 9: El Proceso de Presentación y Aprobación de CMS

Presentación de WCMSA Paso a Paso Si su acuerdo cumple con los umbrales de revisión de CMS, este es el proceso típico:

Prepare el paquete de presentación con un proveedor de MSA o abogado calificado (5 a 15 días hábiles)

Presente electrónicamente a través del Portal WCMSA (WCMSAP) en go.cms.gov/wcmsap (<https://go.cms.gov/wcmsap>), o por correo

La revisión de admisión de CMS verifica que su presentación esté completa (dentro de 5 días hábiles)

Revisión médica por parte del Contratista de Revisión de Compensación para Trabajadores (WCRC) (20 a 45 días)

Se emite la carta de aprobación de CMS con el monto final del WCMSA y los términos de financiamiento

Finalice su acuerdo incorporando los términos del WCMSA

Financie la cuenta del WCMSA y notifique a CMS

Nota: Los tiempos de procesamiento actuales son aproximadamente de 30 a 45 días para casos estándar. Los casos complejos que involucran múltiples partes del cuerpo o necesidades médicas en disputa pueden tardar de 60 a 90 días. Si CMS necesita más información, enviarán una carta de desarrollo, lo que puede agregar

semanas adicionales.

Después de la Aprobación de CMS: Administración de la Cuenta Una vez que su WCMSA esté financiado, debe administrar la cuenta adecuadamente. De acuerdo con el Kit de Herramientas de Autoadministración de CMS (<https://www.cms.gov/files/document/self-administration-and-you-beneficiary-toolkitworkers-compensation-medicare-set-aside-arrangements.pdf>) y la guía de autoadministración de CMS (<https://www.cms.gov/medicare/coordination-benefits-recovery/workers-comp-set-aside-arrangements/self-administration>):

Usted puede administrar la cuenta por sí mismo (autoadministración) o contratar a un administrador profesional. CMS "recomienda enfáticamente" la administración profesional para cuentas superiores a \$25,000.

Como administrador de la cuenta, usted debe:

Mantener registros detallados de cada depósito y retiro

Guardar todos los recibos y los documentos de explicación de beneficios

Utilizar el dinero únicamente para gastos médicos y medicamentos recetados cubiertos por Medicare y relacionados con la lesión laboral

Conservar todos los estados de cuenta bancarios

Enviar una carta anual de certificación (attestation) a CMS dentro de los 30 días posteriores a cada aniversario del acuerdo

Requisitos de la Certificación Anual Su carta anual de certificación debe incluir:

Total de gastos médicos pagados desde la cuenta durante el año

Total de gastos de medicamentos recetados pagados durante el año

Ingresos por intereses generados por la cuenta

Saldo restante de la cuenta

Su certificación firmada de que los fondos fueron utilizados únicamente para los fines aprobados

La certificación debe ser presenciada por una segunda persona que no sea el administrador de la cuenta. Envíela al BCRC (normalmente a P.O. Box 138832, Oklahoma City, OK 73113, o a través de Medicare.gov (<https://www.medicare.gov>)).

Importante: Conserve todos los registros por al menos 7 años. CMS puede auditar su cuenta WCMSA en cualquier momento.

Cuando se Agote su WCMSA Cuando su cuenta WCMSA se haya utilizado en su totalidad, debe enviar una carta final de certificación a CMS demostrando que la cuenta está agotada. Una vez que CMS confirme el agotamiento adecuado, Medicare reanudará los pagos por su atención médica relacionada con la lesión como pagador primario. Sin la documentación adecuada de agotamiento, Medicare puede continuar denegando sus reclamos indefinidamente.

--Parte 10: Estrategias de Acuerdo y Evaluación de Riesgos

Presentar vs. No Presentar: Comparación de sus Opciones Esta tabla compara los riesgos de presentar su WCMSA ante CMS versus no presentarlo:

| Factor | Presentar ante CMS | No Presentar ante CMS |

|---|---|---|

| Plazo | Retraso de 30 a 60 días por revisión de CMS | Sin retraso por CMS |

| Carácter definitivo | La aprobación de CMS garantiza que Medicare reanudará la cobertura | Riesgo de que Medicare niegue la cobertura o exija el reembolso total del acuerdo |

| Su riesgo financiero | Moderado-CMS establece el monto | Alto-Medicare puede exigirle que gaste todo su acuerdo en atención médica primero |

| Riesgo de la compañía de seguros | Bajo a moderado | Alto-CMS puede exigir el reembolso del monto neto del acuerdo |

| Garantía de cobertura de Medicare | Alta-Medicare se compromete a reanudar la cobertura | Baja a moderada-Medicare conserva la discreción de negar |

| Costo | Honorarios del proveedor de MSA (\$3,000-\$8,000 típicamente) | Costo inicial mínimo pero potencialmente grandes costos futuros |

Alternativa: Mantener Abiertos los Beneficios Médicos En lugar de cerrar los beneficios médicos futuros y crear un WCMSA, usted puede estructurar su acuerdo para mantener la Responsabilidad Continua por Servicios Médicos (ORM, por sus siglas en inglés). Esto significa:

La compensación laboral continúa pagando la atención médica relacionada con su lesión después del acuerdo
Medicare permanece como pagador secundario

No se necesita un WCMSA

Este enfoque funciona bien cuando:

Las necesidades médicas futuras son genuinamente inciertas

Usted es joven y las proyecciones médicas no son confiables

Aún no ha alcanzado la edad elegible para Medicare

La contrapartida: usted obtiene certeza sobre la cobertura médica, pero no obtiene carácter totalmente definitivo en su caso, como se describe en la guía ORM de CMS

(<https://www.cms.gov/medicare/coordination-of-benefits-andrecovery/mandatory-insurer-reporting-for-non-group-health-plans/nghp-training-material/downloads/ongoingresponsibility-for-medicals-orm.pdf>).

Lenguaje Recomendado para el Acuerdo Su acuerdo de transacción debe indicar claramente:

Si usted es o será elegible para Medicare

El monto específico en dólares asignado para el reembolso de pagos condicionales al BCRC

El monto específico en dólares asignado al WCMSA

El monto restante asignado para pérdida de salarios, discapacidad y otros daños no médicos

Si el WCMSA fue aprobado por CMS o calculado de manera independiente

Su acuerdo no debe incluir lenguaje que:

Pretenda renunciar al derecho de Medicare a recuperar pagos

Intente proteger a la compañía de seguros de las reclamaciones de recuperación de Medicare

Lo haga a usted el único responsable del reembolso a Medicare

Caracterice el acuerdo como una renuncia a beneficios médicos futuros sin financiamiento del WCMSA

Perspectiva del WCAB de California La Junta de Apelaciones de Compensación Laboral de California (WCAB, por sus siglas en inglés) ha mostrado escepticismo hacia el lenguaje de los acuerdos que intenta limitar los derechos federales de Medicare. En *Irma Dufelmeier v. Kaiser Foundation Hospitals*, el Juez de Compensación Laboral declaró que el WCAB no tiene "jurisdicción u obligación de otorgar una aprobación y ratificación general de contratos entre partes que son ajenos a la jurisdicción real del WCAB, especialmente a la jurisdicción que goza el Gobierno Federal sobre Medicare", como se analiza en el análisis de la California Lawyers Association (<https://calawyers.org/workers-compensation/the-wcb-and-msaapprovals/>).

Nota: La ley estatal de acuerdos de California no puede prevalecer sobre los derechos federales de Medicare. Su acuerdo debe cumplir con los requisitos tanto estatales como federales.

--Parte 11: Lista de Verificación Previa al Acuerdo

Pasos a Completar Antes de Finalizar su Acuerdo Utilice esta lista de verificación si usted es beneficiario de Medicare o espera convertirse en uno dentro de los próximos 30 meses:

Verifique su estado de elegibilidad para Medicare a través de la Administración del Seguro Social o de su tarjeta de Medicare

Obtenga declaraciones escritas de su médico tratante sobre sus necesidades médicas futuras

Comuníquese con el BCRC para rastrear cualquier pago condicional que Medicare haya realizado

Calcule su acuerdo total y distribúyalo entre daños médicos, pérdida de salarios y otras categorías

Determine si su caso cumple con los umbrales de revisión de CMS (\$25,000 para beneficiarios actuales o \$250,000 para personas próximas a ser beneficiarias)

Decida si presentará su WCMSA ante CMS para su aprobación

Seleccione un proveedor de MSA calificado con experiencia en cálculos de WCMSA

Recopile todos los