

justice

Generated by: Legal AI Assistant

April 26, 2026

JUSTICE

99. Medicare Federal y Acuerdos Normas Federales de Medicare como Pagador Secundario y Tratamientos Médicos y Acuerdos de Compensación para Trabajadores Lesionados de California (ANÁLISIS PARTE-A 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 asesoramiento legal, no crea una relación abogado-cliente, y no debe considerarse como un sustituto del consejo 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 DE MEDICARE COMO PAGADOR SECUNDARIO Y COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES DE CALIFORNIA: TRATAMIENTO MÉDICO Y ACUERDOS

Este informe explica cómo la ley federal de Medicare y las normas de compensación para trabajadores de California funcionan conjuntamente cuando usted es un trabajador lesionado que tiene o pronto tendrá beneficios de Medicare.

Abarca cómo se aprueba su tratamiento médico, qué sucede cuando llega a un acuerdo en su caso de compensación para trabajadores, y cómo proteger su futura cobertura de Medicare.

Parte 1: ¿Qué es la Norma de Medicare como Pagador Secundario?

Descripción General de la Ley

El estatuto de Medicare como Pagador Secundario (MSP, por sus siglas en inglés) es una ley federal que establece que Medicare no es el primero en pagar por su tratamiento médico si otra fuente -como la compensación para trabajadores- es responsable. "Pagador secundario" significa que Medicare solo paga después de que la compensación para trabajadores haya pagado o debería 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 para trabajadores debería cubrir sus facturas médicas, Medicare no pagará esas facturas primero. La compensación para trabajadores debe pagar primero.

Por Qué Esto Le Importa a Usted

Si usted es un beneficiario de Medicare (alguien que recibe el seguro médico de Medicare) y tiene un reclamo de compensación para trabajadores, debe comprender esta norma. Afecta:

Quién paga por su tratamiento médico actualmente

Cómo se estructura su acuerdo de compensación para trabajadores

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

Importante: Si su acuerdo de compensación para trabajadores no protege adecuadamente los intereses de Medicare, Medicare puede negarse a pagar 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 podrá" pagar por ningún artículo o servicio médico cuando el pago "se haya realizado, o pueda razonablemente esperarse que se realice" bajo compensación para trabajadores. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) -la agencia federal que administra Medicare- hacen cumplir esta norma.

CMS tiene la facultad legal para:

Negarse a pagar por servicios médicos que la compensación para trabajadores debería cubrir

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

Buscar recuperación de usted, de su abogado, de la compañía de seguros de su empleador, o de 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 para trabajadores, a los empleadores autoasegurados, y a los administradores externos.

Crítico: La norma de daños dobles es una poderosa herramienta de cumplimiento. Significa que las compañías de seguros pueden enfrentar responsabilidad equivalente al doble del monto de los pagos de Medicare que no reembolsaron. Por esto, las compañías de seguros toman el cumplimiento de Medicare en serio durante las negociaciones de acuerdo.

Requisitos Obligatorios de Reporte

Bajo la Sección 111 de la Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y SCHIP de 2007 (MMSEA, por sus siglas en inglés), las compañías de seguros de compensación para trabajadores deben reportar la información de acuerdos a

CMS. El incumplimiento del reporte conlleva sanciones de hasta \$1,000 por día por cada reclamante, como se describe en la guía de Reporte Obligatorio de Aseguradores de CMS (<https://www.cms.gov/medicare/coordination-benefits-recovery/mandatory-insurer-reporting>).

Parte 2: Regulaciones Federales que Implementan la Norma MSP

El Código de Regulaciones Federales

Las normas 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 para trabajadores está pendiente) se adeudan, y recupera 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 acciones contra cualquier parte responsable de realizar el pago bajo un plan primario (su seguro de compensación para trabajadores). CMS "puede iniciar la recuperación tan pronto como se entere de que se ha realizado el pago o de que se podría realizar bajo compensación para trabajadores".

La Norma 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 norma establece:

Cuando su acuerdo de compensación para trabajadores reserva dinero para servicios médicos futuros, Medicare no pagará por esos servicios hasta que el dinero reservado se haya agotado

Si su acuerdo "parece representar un intento de transferir a Medicare la responsabilidad del pago de los gastos médicos para 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 para trabajadores debería cubrir.

Pagos Condicionales

Cuando la compensación para trabajadores no paga por su tratamiento médico dentro de los 120 días de haber recibido el reclamo, Medicare está autorizado a realizar 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 para trabajadores se resuelva. El Centro de Coordinación de Beneficios y Recuperación (BCRC, por sus siglas en inglés) rastrea estos pagos, según 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 al Tratamiento Médico

Bajo la ley de California, su empleador debe proporcionarle todo el 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 llamado Programa de Utilización de Tratamiento Médico

(MTUS) para determinar qué tratamiento es apropiado. Estas pautas están basadas en la medicina basada en evidencia y son publicadas por el DWC Medical Treatment Utilization Schedule (<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 la compañía de seguros de su empleador utiliza para decidir si aprueba o deniega la solicitud de tratamiento médico de un médico. Las reglas para 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 presenta una solicitud de tratamiento utilizando el Formulario DWC RFA (Solicitud de Autorización)

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

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

La compañía de seguros debe responder dentro de los siguientes 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 detener la atención actual

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

Revisión Médica Independiente (IMR)

Si la compañía de seguros deniega o modifica la solicitud de tratamiento de su médico con base en la necesidad médica (es decir, alegan que el tratamiento no es médicamente necesario), usted tiene el derecho de solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR). Este proceso se describe en la página de IMR del 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 denegación de UR para presentar una solicitud de IMR (Formulario DWC IMR-1)

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

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

Para casos estándar, el revisor emite una decisión después de recibir los registros médicos (típicamente dentro de

30 días)

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

Importante: La decisión de 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 20 días, según lo establecido 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 bajo 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 estas:

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

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

Tratamiento prolongado: California puede aprobar un curso de tratamiento que va más allá de los límites estándar de utilización de Medicare para un diagnóstico particular

Por Qué Esto Importa para Su Acuerdo

Ni el formulario de UR ni el proceso de IMR requieren que nadie verifique si Medicare cubrirá el tratamiento aprobado.

El Formulario DWC RFA (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>) no incluye ningún campo para el análisis de cobertura de Medicare. La determinación de IMR (https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm) se enfoca únicamente en los estándares de California.

Importante: Si usted es beneficiario de Medicare o pronto lo será, usted o su abogado deben verificar de manera 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 crea pagos condicionales que Medicare querrá recuperar de su acuerdo.

Una cronología típica se ve así:

Denegación 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 IMR emitida (Día 120-130)

Debido a que este proceso puede exceder los 120 días, Medicare a menudo realiza pagos condicionales que deben ser rastreados y reembolsados 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 de Trabajadores (WCMSA)

¿Qué es un WCMSA?

Un Acuerdo de Reserva de Medicare para Compensación de Trabajadores (Workers' Compensation Medicare Set-Aside Arrangement, WCMSA) es una cantidad específica de dinero de su acuerdo de compensación que usted debe reservar en una cuenta separada. Este dinero se utiliza únicamente para pagar futuros gastos médicos relacionados con su lesión laboral que, de otra manera, Medicare cubriría. CMS explica los WCMSA en la Guía de Referencia de 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 para su lesión laboral durante el resto de su vida, y reservar suficiente dinero de su acuerdo para cubrir ese costo.

Cuándo Necesita la Revisión de CMS

CMS ha establecido dos umbrales de revisión que determinan cuándo debe presentar su WCMSA a CMS para su aprobación, como se describe en la guía de WCMSA de 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: Usted tiene una expectativa razonable de inscribirse en Medicare dentro de 30 meses Y el total previsto de su acuerdo supera los \$250,000

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

Tiene 62 años y 6 meses de edad o más

Padece Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)

Recibe Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)

Tiene condiciones médicas documentadas que probablemente causen discapacidad dentro de 30 meses

¿Es Obligatorio Presentar un WCMSA?

Presentar un WCMSA a CMS para su revisión es voluntario, no obligatorio. Sin embargo, la aprobación de CMS brinda protecciones importantes, como se indica en la Guía de Referencia de WCMSA (<https://www.cms.gov/files/document/wcmsa-reference-guide-version-44.pdf>):

Si CMS aprueba el monto de su WCMSA, Medicare se compromete a reanudar la cobertura una vez que usted utilice correctamente los fondos reservados

Si usted no obtiene la aprobación de CMS, Medicare puede negar sus futuras reclamaciones médicas relacionadas con la lesión y exigir que usted gaste el monto neto total del acuerdo en atención médica antes de que Medicare pague cualquier cosa

Importante: Sin la aprobación de CMS, usted enfrenta el riesgo de que Medicare le exija agotar la totalidad de su acuerdo (menos los honorarios de abogados y el reembolso de pagos condicionales) en gastos médicos antes de pagar por cualquier atención relacionada con la lesión. Esto podría dejarle sin dinero del acuerdo para 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 de 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 el tratamiento futuro, incluido el tipo, la frecuencia y la duración

Los costos actuales de medicamentos y atención médica

Los programas de tarifas y reglas de cobertura de Medicare

Los 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 3-5 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 condición médica

Cualquier informe de evaluación médica independiente (IME)

Documentación del monto total del acuerdo y cómo se distribuye

Financiamiento mediante Suma Global vs. Acuerdo Estructurado

Usted puede financiar su WCMSA de dos maneras, como se explica en la Guía de Referencia de WCMSA (<https://www.cms.gov/files/document/wcmsa-reference-guide-version-44.pdf>) y la guía sobre acuerdos estructurados (<https://partnerwithsynergy.com/an-examination-of-the-role-of-structured-settlements-in-funding-medicare-set-asides/>):

Financiamiento mediante suma global: Usted deposita el monto total 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

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

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

Los primeros dos años de gastos médicos anuales proyectados

El financiamiento estructurado a menudo ahorra entre un 20 y un 30 % en comparación con el financiamiento por suma global, porque los pagos se distribuyen a lo largo del tiempo y los pagos de la anualidad 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. Normalmente, CMS utiliza las tablas estándar de expectativa de vida de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC).

Sin embargo, si usted tiene condiciones médicas graves que pueden acortar su vida, su médico puede proporcionar una opinión médica que respalde un ajuste por "edad calificada" (rated age). Por ejemplo, un trabajador de 55 años con una lesión cerebral traumática grave podría ser considerado como de 65 años para efectos del WCMSA, lo que reduce 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 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 significaba que no asignaban dinero para atención médica futura. CMS ahora considera esto un intento indebido de hacer que Medicare pague por atención que la compensación de trabajadores debería cubrir.

Reporte Obligatorio de Todos los Montos de WCMSA

A partir del 4 de abril de 2025, todas las compañías de seguros de compensación de 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 la revista 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 de 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 la Nueva Revisión

A partir del 7 de abril de 2025, CMS eliminó el período de espera de un año para solicitar una revisión modificada de WCMSA. Anteriormente, si su situación médica cambiaba después de que CMS aprobaba su WCMSA, tenía que esperar un año antes de pedirle a CMS que ajustara el monto. Ahora puede solicitar una nueva revisión antes si su condición médica ha cambiado materialmente, 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>).

Qué 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 es beneficiario de Medicare o llegará a serlo dentro de 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) es la parte de CMS que rastrea los pagos que Medicare realiza en su nombre mientras su caso de compensación de trabajadores está pendiente. 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, hará lo siguiente:

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

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

Disputar Elementos en la Carta de Pago Condicional

Tiene derecho a disputar cualquier elemento en la CPL que considere no relacionado con su lesión laboral.

Para disputar:

Revise cada elemento cuidadosamente con su médico

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

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

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

Reembolso de su Acuerdo

Cuando resuelva su caso de compensación de trabajadores, debe reembolsar a Medicare por los pagos condicionales de los fondos 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 y costos legales

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

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

Reconsideración por un contratista independiente

Audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo (ALJ)

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

Revisión judicial en tribunal federal

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

Parte 9: El Proceso de Presentación y Aprobación de CMS

Presentación Paso a Paso de WCMSA

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

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

Presentar 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 el Contratista de Revisión de Compensación de Trabajadores (WCRC) (20-45 días)

Carta de aprobación de CMS emitida con el monto final de la WCMSA y los términos de financiamiento

Finalizar su acuerdo incorporando los términos de la WCMSA

Financiar la cuenta WCMSA y notificar a CMS

Nota: Los tiempos de procesamiento actuales son aproximadamente de 30-45 días para casos estándar. Los casos complejos que involucran múltiples partes del cuerpo o necesidades médicas en disputa pueden demorar 60-90 días.

Si CMS necesita más información, enviará 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 sea 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 las guías 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 encarecidamente" la administración profesional para cuentas superiores a \$25,000.

Como administrador de la cuenta, debe:

Mantener registros detallados de cada depósito y retiro

Guardar todos los recibos y documentos de explicación de beneficios

Usar 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

Presentar una carta de certificación anual a CMS dentro de los 30 días posteriores a cada aniversario del acuerdo

Requisitos de Certificación Anual

Su carta de certificación anual 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 devengados por la cuenta

Saldo restante de la cuenta

Su certificación firmada de que los fondos se usaron únicamente para 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 durante al menos 7 años. CMS puede auditar su cuenta WCMSA en cualquier momento.

Cuando Su WCMSA Se Agote

Cuando su cuenta WCMSA esté completamente agotada, debe presentar una carta de certificación final a CMS que demuestre que la cuenta está agotada. Una vez que CMS confirme el agotamiento adecuado, Medicare reanudará el pago de su atención médica relacionada con la lesión como pagador primario. Sin la documentación adecuada de agotamiento, Medicare puede continuar negando 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 a CMS frente a no presentarlo:

| Factor | Presentar a CMS | No Presentar a CMS |

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

| Cronograma | Demora de 30-60 días para la revisión de CMS | Sin demora de 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 primero en atención médica |

| Riesgo de la compañía aseguradora | 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 MSA (\$3,000-\$8,000 típicos) | 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, puede estructurar su acuerdo para mantener una Responsabilidad Continua por los Gastos Médicos (ORM, por sus siglas en inglés). Esto significa:

La compensación de trabajadores continúa pagando su atención médica relacionada con la lesión después del acuerdo

Medicare permanece como pagador secundario

No se necesita WCMSA

Este enfoque funciona bien cuando:

Las necesidades médicas futuras son genuinamente inciertas

Usted es joven y las proyecciones médicas no son confiables

Todavía no ha alcanzado la edad de elegibilidad para Medicare

La contrapartida: obtiene certeza sobre la cobertura médica, pero no obtiene un 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 conciliación debe indicar claramente:

Si usted es o será elegible para Medicare

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

El monto específico en dólares asignado al WCMSA

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

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

Su acuerdo no debe incluir lenguaje que:

Pretenda renunciar al derecho de Medicare a recuperar pagos

Intente proteger a la compañía aseguradora de los reclamos 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 el financiamiento de un WCMSA

Perspectiva de la WCAB de California

La Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores de California (WCAB) 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 de Trabajadores manifestó que la WCAB no tiene "jurisdicción ni obligación de otorgar una aprobación y ratificación general a contratos entre partes ajenos a la jurisdicción real de la WCAB, especialmente a la jurisdicción que ejerce el Gobierno Federal sobre Medicare", según 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 anular 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

Use esta lista de verificación si usted es beneficiario de Medicare o espera serlo dentro de 30 meses:

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

Obtenga declaraciones por escrito de su médico tratante sobre sus necesidades médicas futuras

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

Calcule el total de su acuerdo 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 beneficiarios próximos)

Decida si presentará su WCMSA a CMS para aprobación

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

Recopile todos los expedientes médicos y registros de farmacia para el proveedor de MSA

Revise el cálculo completo del WCMSA

Redacte lenguaje del acuerdo