

## AVISO DE DENEGACIÓN DE COBERTURA MÉDICA

**Fecha:**

**Número de Identificación del miembro:**

**Nombre del beneficiario:**

Le hemos denegado la cobertura de los siguientes servicios o artículos, solicitados por usted o su médico:

---

---

---

El pedido ha sido denegado porque:

---

---

---

---

---

---

---

### ¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con esta decisión?

**Usted tiene derecho a apelar la decisión.** Para ejercer su derecho, debe apelar la decisión por escrito dentro de los 60 días siguientes a la fecha en la que recibe el aviso. Si tiene algún motivo importante que el impida cumplir con este plazo, podremos darle más tiempo.

### ¿Quién puede apelar?

Usted o alguna persona que lo represente (**representante**) podría solicitar una **apelación**. Usted puede nombrar a un familiar, amigo, defensor, abogado, médico o cualquier otra persona que actúe en nombre suyo. Otras personas podrían estar autorizadas por la ley estatal para representarlo.

Usted puede llamarnos al: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ para averiguar cómo designar un representante. [Si tiene algún impedimento auditivo o del habla, llame al TTY/TTD (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_].

Si desea que alguien lo represente, usted y su representante deben enviarnos una declaración en la que se indique que lo ha nombrado como su representante, la misma debe estar firmada y fechada.

**Forma No. CMS-10003 (NDMC)**

**Fecha Exp. 08/31/2010**

Según el Acta de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que incluya un número de control válido del OMB. El número de control válido del OMB para esta recopilación de información es 0938-0829. El tiempo requerido para distribuir esta recopilación de información es de 6.3 a 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo de escoger la forma pre-impresa, reunir la información necesaria, completar la forma y entregarla al suscriptor. Si usted tiene algún comentario con respecto a la precisión de los estimados de tiempo o sugerencias para mejorar esta forma, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Núm. De Aprobación de OMB 0938-0829

**INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SUS DERECHOS DE APELACIÓN**

**Si desea más información, llámenos o consulte su Evidencia de Cobertura.**

## **Usted puede presentar dos tipos de apelación**

**Estándar (30 días)**- Puede solicitar una apelación estándar, lo que significa que a los 30 días de recibir su pedido de apelación debemos informarle sobre nuestra decisión. (Este período podría extenderse hasta 14 días si usted pide una extensión, o si nosotros necesitamos más información y la extensión lo beneficia.)

**Acelerada (72 horas)**- Puede solicitar una apelación acelerada si usted y/o su médico consideran que su salud podría estar en peligro si tiene que esperar mucho tiempo hasta que se tome una decisión. En este caso, nosotros debemos decidir a más tardar a las 72 horas de haber recibido su pedido de apelación. (Este período podría extenderse hasta 14 días si usted pide una extensión, o si nosotros necesitamos más información y la extensión lo beneficia.)

- 1• Si un médico** pide una apelación acelerada por usted, o lo apoya para que usted la pida y manifiesta que si usted tiene que esperar 30 días su salud corre peligro, **nosotros le otorgaremos automáticamente una apelación acelerada.**
- 2• Si usted solicita una apelación acelerada** sin el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere que se le otorgue una apelación acelerada. Si no se la otorgamos, se tomará una decisión sobre su apelación en 30 días.

### **¿Qué debo enviar con mi apelación?**

Usted debe incluir: su nombre, dirección, número de identificación, el motivo de su apelación y cualquier evidencia que quiera adjuntar. Puede enviar informes médicos, cartas del médico u otra información que contribuya a su caso. Si necesita este tipo de información, pídasela a su médico. Puede enviar la documentación por correo o entregarla en persona.

### **¿Cómo presento una apelación?**

**Apelación estándar:** Usted o su representante autorizado debe enviar por correo o entregar la apelación escrita en persona en la dirección(es) mencionada abajo:

**Apelación acelerada:** Usted o su representante autorizado debe comunicarse con nosotros por teléfono o enviar un fax.

### **¿Cuál sucede después?**

Si usted apela una decisión, nosotros evaluaremos el caso nuevamente. Si después de hacerlo, aún seguimos denegando el servicio, Medicare designará a una persona imparcial que no pertenezca al Plan de Salud de Medicare para que analice el caso. Si no está de acuerdo con dicha decisión, tendrá otros derechos de apelación que le serán notificados.

### **Para comunicarse con nosotros:**

Si necesita ayuda o información **llámenos** al:

Número sin cargos:

TTY:

### **Otros recursos para ayudarle:**

Medicare Rights Center

Número sin cargos: 1-888-HMO-9050

Elder Care Locator

Número sin cargos: 1-800-677-1116

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY: 1-877-486-2048