

## Aviso de Denegación de Pago

Fecha:

Número de identificación del miembro:

Nombre del beneficiario:

Nosotros, \_\_\_\_\_ recibimos  
una reclamación recientemente por: .

Proporcionado por .

el .

No pagaremos por: .

porque.

## Información Importante sobre sus Derechos de Apelación

### ¿Qué ocurre si estoy en desacuerdo con la decisión?

#### **Usted puede apelar la decisión.**

Debe apelar la decisión por escrito en los 60 días siguientes a la fecha en la que recibe el aviso. Si tiene algún motivo importante que le impida cumplir con este plazo, podremos darle más tiempo.

### ¿Quién puede apelar?

Usted puede apelar la decisión. Usted también 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.

Puede llamarnos al: para averiguar cómo designar un representante.

TTY:.

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.

### ¿Cómo presento una apelación?

Usted puede enviarla por correo o entregarla en persona en la dirección(es) mencionada abajo:

Debemos informarle nuestra decisión a más tardar a los 60 días de recibir su pedido de apelación.

### ¿Qué debo incluir en mi apelación?

En su pedido de apelación por escrito 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. Usted puede enviar la información por correo o entregarla en persona.

### ¿Qué 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.

### **Contactos:**

Si necesita información o ayuda, **llámenos** al Número sin cargo:

TTY:

### **Otros recursos de ayuda:**

Medicare Rights Center:

Número sin cargo: 1-888-HMO-9050

Elder Care Locator

Número sin cargo: 1-800-677-1116

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

TTY: 1-877-486-2048