

## 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.** 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 o el médico que lo trata puede apelar la decisión. También puede nombrar a un familiar, amigo, defensor, abogado, médico (que no sea el médico que lo trata) 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.

## Información Importante sobre sus Derechos de Apelación

### Hay dos tipos de apelación que puede solicitar:

**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.)

**Rápida (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 30 días hasta que se tome una decisión. En caso de una apelación acelerada se debe tomar una decisión 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 necesitamos más información y la extensión lo beneficia.)

- **Si un médico** apela una decisión por usted, o lo apoya para que usted lo haga y manifiesta que si usted tiene que esperar 30 días su salud corre peligro, **nosotros le otorgaremos automáticamente una apelación rápida.**
- Si usted solicita una apelación rápida el apoyo de su médico, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere que se le otorgue una apelación rápida. Si no se la otorgamos, se decidirá sobre su apelación en 30 días.

### ¿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.

### ¿Cómo presento una apelación?

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

**Apelación rápida:** Comuníquese con nosotros por teléfono o por fax:

### ¿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