

**Importante:** En este aviso explicamos sobre su derecho de apelar nuestra decisión. Léalo atentamente. Si necesita ayuda, llame a uno de los números listados en “Consiga ayuda y más información” en la última página.

## **Aviso de Denegación de Cobertura Médica**

{Si es necesario, reemplace *Aviso de denegación de cobertura médica* por *Denegación de pago*}

---

**Fecha:**

**Número de identificación del miembro:**

**Nombre:**

[Si es necesario, agregue cualquier otra información de identificación (por ejemplo, nombre del proveedor, número de Medicaid del miembro, servicio, fecha del servicio)]

---

### **Su petición fue denegada**

Hemos {Escriba el término que corresponda: *denegado, terminado, reducido, suspendido*} el {*pago de*} los servicios/artículos médicos listados, que fueron solicitados por usted o su médico [*proveedor*]:

---

---

---

### **¿Por qué hemos denegado la petición?**

Hemos {Escriba el término que corresponda: *denegado, terminado, reducido, suspendido*} el {*pago de*} los servicios/artículos médicos listados arriba porque {Explique el motivo e incluya la ley estatal o federal y/o la Evidencia de cobertura que justifique la decisión}:

---

---

---

### **Usted tiene el derecho de apelar la decisión**

Usted tiene el derecho de pedirle a {nombre del plan} que evalúe su decisión a través de su apelación [Si es necesario, incluya la información sobre Medicaid: *y/o puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado. Puede pedir ambas revisiones al mismo tiempo, siempre que cumpla los requisitos estipulados. Si primero apela la decisión del plan, quizás pierda la fecha límite para solicitar la Audiencia.*]

**Apelación:** Solicite a {nombre del plan} una apelación en un plazo de **60 días** [Si el plazo para el programa Medicaid de su estado es diferente, póngalo] a partir de la fecha de este aviso. Podemos extenderle el plazo si tiene algún motivo válido para no cumplirlo.

**Audiencia Imparcial del Estado:** *Solicítela en los ( ) días siguientes a la fecha de este aviso. Tendrá hasta ( ) días si tiene algún motivo válido para no cumplir el plazo estipulado originalmente.*

*Si estamos suspendiendo o reduciendo un servicio, puede seguir recibéndolo hasta que se tome la decisión final. Si desea continuar con el servicio, debe solicitar una apelación (Si es necesario, incluir: o Audiencia Imparcial del Estado) en los 10 días siguientes a la fecha del aviso, o antes de que el servicio sea interrumpido o reducido, lo que ocurra más tarde. Su proveedor debe estar de acuerdo con la continuación del servicio. Si usted pierde la apelación ante la Audiencia Estatal, tendrá que pagar por el servicio.*

## Si desea que alguien lo represente

Usted puede nombrar a un familiar, amigo, abogado, médico o cualquier otra persona como su representante legal. Si desea nombrar un representante, llámenos al {número(s)} para que le expliquemos cómo hacerlo. Los usuarios de TTY deberán llamar al {número}. Usted y su representante deben enviarnos una declaración firmada y fechada. Puede enviarnos la declaración por correo electrónico o fax.

### Información importante sobre sus derechos de apelación

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

**Estándar** - Puede solicitar una apelación estándar, lo que significa que a los **30 días** [Si el plazo para el programa Medicaid de su estado es diferente, inclúyalo] de recibir su solicitud de apelación debemos informarle sobre nuestra decisión. Este período podría extenderse si usted pide una extensión, o si nosotros necesitamos más información. Si necesitáramos una extensión, le avisaremos cuánto tiempo y porqué. Si está apelando por un pago de un servicio que ya recibió, le mandaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de **60 días**.

**Rápida** - En caso de una apelación rápida se debe tomar una decisión a más tardar a las **72 horas** de haber recibido su pedido de apelación. Puede solicitar una apelación rápida 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.

**Automáticamente le daremos una decisión rápida si su médico lo solicita y justifica.** Si usted solicita una decisión rápida sin el apoyo apropiado de su médico, nosotros decidiremos si se la damos. Si decidimos lo contrario recibirá nuestra decisión final en 30 días.

### Cómo solicitarle una apelación a {nombre del plan}

**Paso 1:** Usted, su representante o su médico [*proveedor*] debe solicitar la apelación [*o Audiencia Imparcial del Estado*]. Su pedido de apelación {*por escrito*} debe incluir:

- Su nombre
- Dirección postal
- Número de miembro
- Razones para apelar
- Cualquier documento que sirva de evidencia, como expedientes médicos, cartas del proveedor u otra información que indique que usted necesita el servicio o artículo. Pídale la información a su médico.

[Si es necesario, incluir: *Antes o durante la apelación, usted puede pedir que le muestren los expedientes médicos u otros documentos usados para tomar la decisión inicial. Puede solicitar (sin costo alguno) una copia de las pautas usadas para tomar nuestra decisión.*]

**Paso 2:** Envíenos su apelación por correo, fax o en persona {*o llámenos*}.

**Para una apelación estándar:** Dirección: \_\_\_\_\_  
 {Teléfono:} \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

{Si es necesario, incluir: *Si solicita una apelación estándar por teléfono, le enviaremos una carta de confirmación sobre lo que nos informó.*}

**Para una apelación rápida:** Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## ¿Qué ocurre después?

Si usted apela una decisión y nosotros aún seguimos denegando { *el pago* } del servicio, le enviaremos una carta con la decisión y automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente. **Si la persona imparcial deniega su petición, en la decisión por escrito le informará si tiene otros derechos de apelación.**

[Si es necesario, incluya las reglas estatales – correspondientes a Medicaid.]

## ***Cómo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado sobre Medicaid***

[Usted tiene el derecho de solicitar una Audiencia Imparcial del Estado sin pedirle primero a (nombre del plan) que evalúe la decisión.]

**Paso 1:** *Usted o su representante deben solicitar una Audiencia Imparcial del Estado (por escrito) en un plazo de ( ) días a partir de la fecha de este aviso. Usted tiene hasta ( ) días si tiene alguna razón válida para no solicitarla en el plazo estipulado.*

*Su petición {por escrito} debe incluir:*

- Su nombre
- Dirección postal
- Número de miembro
- Razones para apelar
- Cualquier documento que sirva de evidencia, como expedientes médicos, cartas del proveedor u otra información que indique que usted necesita el servicio o artículo. Pídale la información a su médico.

**Paso 2:** *Envíe su petición a:* Dirección:

Teléfono:

Fax:

## ¿Qué ocurre después?

*El estado tendrá una audiencia. Usted puede estar presente o hacerlo por teléfono. Le pedirán que le explique al estado el motivo por el que está en desacuerdo con la decisión. Usted puede pedirle a un amigo, familiar, defensor, proveedor o abogado que le ayude. En un plazo de ( ) días recibirá una carta. La decisión escrita le explicará si tiene otros derechos de apelación.*

[Se envió una copia de esta decisión a:]

## **Consiga ayuda y más información**

- {Nombre del plan} Número sin cargo: Número para los usuarios de TTY:  
{Incluya el horario de servicio del plan}
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048
- Centro de Derechos de Medicare: 1-888-HMO-9050
- Localizador ElderCare: 1-800-677-1116
- [Contacto para la oficina estatal de Medicaid]