

**Importante:** En este aviso explica 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

{Replace *Aviso de denegación de cobertura médica* por *Denegación de pago*, if applicable}

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 {Insert appropriate term: *denegado, terminado, reducido, suspendido*} el {*payment of*} los servicios/artículos médicos listados, que fueron solicitados por usted o su médico [provider]:

### ¿Por qué hemos denegado la petición?

Hemos {Insert appropriate term: *denegado, terminado, reducido, suspendido*} el {*payment of*} 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}:

Debe compartir una copia de esta decisión con su médico para que usted y su médico puedan discutir los siguientes pasos. Si su médico solicitó cobertura en su nombre, le enviamos una copia de esta decisión a su médico.

### Usted tiene el derecho de apelar la decisión

Usted tiene el derecho de pedirle a {health plan name} que evalúe su decisión a través de su apelación [Ingrese la información de Medicaid explicando si la apelación a nivel de plan debe ser agotada antes de solicitar la audiencia imparcial del Estado. Insert, as applicable: *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 y espera para solicitar una Audiencia Imparcial del Estado, quizás pierda la fecha límite para solicitar la Audiencia.*]

**Apelación de Plan:** Solicite a {health plan name} una apelación en un plazo de **60 días** [Si el plazo de Medicaid en su estado para apelación es diferente, póngalo] a partir de la fecha de este aviso. Podemos extenderle el plazo si tiene algún motivo válido para no cumplirlo. Vea la sección titulada "Cómo solicitar una apelación con {Health Plan Name}" para obtener información sobre cómo solicitar una apelación de nivel de plan.

**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. Vea la sección titulada "Cómo solicitar una audiencia imparcial del estado de Medicaid" de este aviso para obtener información sobre cómo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado.

*Cómo mantener sus servicios mientras revisamos su caso: 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** (Insert, if applicable: **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 {numbers(s)} para que le expliquemos cómo hacerlo. Los usuarios de TTY deberán llamar al {number}. Usted y su representante deben enviarnos una declaración firmada y fechada. Puede enviarnos la declaración por correo electrónico o fax. Mantenga una copia para sus registros.

## Información importante sobre sus derechos de apelación

### Hay dos tipos de apelación que puede solicitar con {Health Plan Name}

**Estándar** - Puede solicitar una apelación estándar, lo que significa que a los **30 días** [Insert timeframe for standard internal plan Medicaid appeals, if different] 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 por qué. Si está apelando por un pago de un servicio que ya recibió, le mandaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de **60 días**.

{May be deleted if the notice is for a denial of payment} **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 por usted o si el médico justifica la petición. 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 {Health Plan Name}

**Paso 1:** Usted, su representante o su médico [provider] 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
- {May be deleted if the notice is for a denial of payment: Si desea una Apelación estándar o rápida (para una apelación rápida, explique por qué la necesita

- Cualquier documento que sirva de evidencia, como expedientes médicos, cartas del proveedor (como una declaración de apoyo de su médico si solicita una apelación rápida) u otra información que indique que usted necesita el servicio o artículo. Pídale la información a su médico

Le recomendamos mantener una copia para sus registros de todo lo que nos envíe. *[Insert, if applicable: 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 postal: *{In Person Delivery Address:}*  
 {Phone:} *{TTY Users Call:}*  
 Fax:

*{Insert, if applicable: Si solicita una apelación estándar por teléfono, le enviaremos una carta de confirmación sobre lo que nos informó.}*

*{May be deleted if the notice is for a denial of payment:}*

**Para una apelación rápida:** Teléfono: *{TTY Users Call:}*  
 Fax:

## ¿Qué ocurre después?

Si usted apela una decisión y nosotros aún seguimos denegando *{payment of}* el 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.**

*[Insert additional State-specific Medicaid rules, as applicable.]*

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

*[Insert only if the enrollee is not required to exhaust the plan level appeal: 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

- {Health Plan Name} Número sin cargo:                      Número para los usuarios de TTY:
- {Insert plan hours of operation} or {plan website}
- 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 o [www.eldercare.gov](http://www.eldercare.gov) para encontrar ayuda en su comunidad
- [Contacto para la oficina estatal de Medicaid]
- {State or local aging/disability resources contact information}

## Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995 (PRA en inglés), las personas no están obligadas a responder una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control de la oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB en inglés) válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0829. El tiempo necesario para responder esta recopilación de información es de aproximadamente 10 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo, llame al 1-800-MEDICARE o envíe un correo electrónico a: [AltFormat@cms.hhs.gov](mailto:AltFormat@cms.hhs.gov).