

Importante: En este aviso se 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 {Insert appropriate term: *partially approved, denied*}

Hemos {Insert appropriate term: *denegado, aprobado parcialmente, terminado, reducido, suspendido*} el {*payment of*} de los {servicios/artículos, médicos o medicamentos de la Parte B o medicamentos de Medicaid} listados, que fueron solicitados por usted o su médico [provider]:

¿Por qué hemos denegado la petición?

Hemos {Insert appropriate term: *denegado, aprobado parcialmente, terminado, reducido, suspendido*} el {*payment of*} de los {servicios/artículos médicos, médicos o medicamentos de la Parte B o medicamentos de Medicaid} 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 u otra revisión externa del estado.]

Apelación de Plan: Solicite a {health plan name} una apelación en un plazo de **60 días** a la fecha del 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.

*[Cómo mantener sus servicios mientras revisamos su caso: Si estamos suspendiendo o reduciendo un servicio, puede seguir recibiéndolo hasta que se tome la decisión final. **Si desea continuar con el servicio, debe solicitar una apelación 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, 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 – Le daremos una decisión por escrito sobre una apelación estándar dentro de {inserte el plazo apropiado para el servicio/artículo médico o el medicamento de la Parte B: **30 días, 7 días**} [Inserte el plazo para las apelaciones estándar de Medicaid del plan interno, si es diferente] después de recibir su apelación. 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/artículo médico o medicamentos de la Parte B} que ya recibió, le mandaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de **60 días**.

Rápida - En caso de una apelación rápida le daremos una decisión a más tardar a las **72 horas** [Insert timeframe for expedited internal plan Medicaid appeals, if different] 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 {inserte el plazo apropiado para el servicio/artículo médico o el medicamento de la Parte B: **30 días, 7 días**} hasta que se tome una decisión. No puede solicitar una apelación rápida si nos solicita que le reembolsemos un {servicio/artículo médico o medicamentos de la Parte B} que ya recibió.

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 su solicitud requiere una apelación rápida. Si decidimos que no, recibirá nuestra decisión final en {inserte el plazo apropiado para el servicio/artículo médico o el medicamento de la Parte B: **30 días, 7 días**}.

Cómo solicitarle una apelación a {Health Plan Name}

Paso 1: Usted, su representante o su médico [provider] debe solicitar la apelación. Su pedido de apelación {por escrito} debe incluir:

- Su nombre
- Dirección postal
- Número de miembro
- Razones para apelar

- Si desea una Apelación estándar o rápida (para una apelación rápida, explique por qué la necesita).
- Cualquier documento que desee que revisemos, 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/artículo médico o medicamentos de la Parte B o medicamentos de Medicaid. Llame a su médico si necesita esta información.

Si solicita una apelación y no cumplió con la fecha límite, puede solicitar una extensión e incluir la razón de su tardanza.

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. {También puede *llamarnos o presentar su apelación en formato electrónico*}.

Para una apelación estándar:	Dirección postal:	{ In Person Delivery Address: }
	{ Phone: }	{ TTY Users Call: }
	Fax:	{ Website: }

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

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

¿Qué ocurre después?

Si usted apela una decisión y nosotros aún seguimos denegando {*payment of*} el {servicio/artículo médico o medicamentos de la Parte B o medicamentos de Medicaid}, le enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente. **Si la persona imparcial deniega su petición, en la decisión por escrito le informará si tiene otros derechos adicionales de apelación.**

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

Cómo solicitar una Audiencia Imparcial del Estado sobre Medicaid

Si [health plan name] le deniega su apelación, puede seguir los pasos enumerados a continuación para solicitar una Audiencia Imparcial del Estado. [Los estados también pueden tener lenguaje adicional con respecto a otros procesos de revisión externa.]

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 que se le deniegue la apelación. 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:

[Se envió una copia de esta decisión a:]

Para 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 pueden llamar al: 1-877-486-2048
- Centro de Derechos de Medicare: 1-888-HMO-9050
- Localizador ElderCare: 1-800-677-1116 o www.eldercare.acl.gov para encontrar ayuda en su comunidad
- [Contacto para la oficina estatal de Medicaid]
- {State or local aging/disability resources contact information}

{May insert instructions for how enrollees can receive this notice in an alternate language or format from the plan.}

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.

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que ha sido discriminado. Visite Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.