

Carta de decisión de cobertura

[IMPORTANTE: Para obtener ayuda con este aviso, comuníquese con **<Plan Name>** al **<Plan customer service phone number>** (TTY: **<TTY number>**) **O <Ombudsman u otra oficina del programa>** al **<phone number>** (TTY: **<TTY number>**)]

<Fecha de la carta>

[Insert Member name]

ID del plan de salud del miembro:

Servicio/artículo del que trata esta carta:

[Insert additional field(s) as needed or when required by state, such as provider or Member Medicaid ID or date of decision]

< Nombre del plan> se menciona como “nuestro plan” o “nosotros” en esta carta. Somos un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid *[Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable]* para dar cobertura a ambos programas. Nuestro plan coordina sus servicios de Medicare y Medicaid *[Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable]* y sus médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención médica.

Nuestro plan <rechazó or aprobó en forma parcial or redujo or interrumpió or suspendió or cambió> *[Insert if applicable: el pago de]* el <servicio/artículo médico and/or los medicamentos de la Parte B de Medicare or los medicamentos de Medicaid> detallados a continuación:

[Insert description of medical service/item and/or Medicare Part B drug or Medicaid drug, including the amount, duration, and scope, of what the enrollee requested (e.g., physical therapy visits 2 times per week for 1 year), and the outcome, denied, partially approved, reduced, stopped, suspended, or changed, and include the doctor or provider's name if a particular doctor or provider requested the service or item. If a service or item request is partially approved, reduced, or changed, include specifically what was requested and what is approved (e.g., We are approving acupuncture services for 3 months instead of a full year, or We are approving moving a toilet to the south wall instead of the east wall of the bathroom, or We previously approved 18 acupuncture visits per year but are now reducing the visits to only allow 10.)]

*[Insert if this is a post-service case for which there is no member liability: **Tenga en cuenta que no se le facturará ni deberá dinero alguno por este *[insert as applicable: servicio/artículo médico and/or Medicamento de la Parte B de Medicare or medicamento de Medicaid].****

Nuestro plan tomó esta decisión porque *[Provide a specific denial reason and a concise explanation of why the medical service/item and/or Medicare Part B drug or Medicaid drug was*

denied and include state or federal law and/or Evidence of Coverage/Member or Enrollee Handbook provisions to support the decision in plain language. The plain language explanation of the decision should include: (1) relevant context for the decision (e.g., if the medical service/item and/or Medicare Part B drug or Medicaid drug was approved for the enrollee in the past, the description should include what was previously approved, when it was approved and by whom, and what has changed or is otherwise different now); (2) coverage information considered including Medicare and Medicaid coverage benefits; and, (3) if applicable, information on how or why the requested service or item is not supported by the enrollee's needs – see instructions for more information].

*[Insert if denial will result in a stoppage, suspension, or reduction of a medical service/item and/or Medicare Part B drug or Medicaid drug the individual has already been receiving: **Nuestro plan <reducirá or interrumpirá or suspenderá> su(s) <servicio/artículo médico and/or Medicamentos de la Parte B de Medicare or Medicamentos de Medicaid> activados <fecha de vigencia>.** Consulte la sección "Cómo seguir recibiendo su(s) <servicio/artículo médico and/or Medicamentos de la Parte B de Medicare or Medicamentos de Medicaid> durante su apelación" más adelante en esta carta para obtener información sobre cómo continuar recibiendo su(s) <servicio/artículo médico and/or Medicamentos de la Parte B de Medicare or Medicamentos de Medicaid> durante su apelación.]*

Tiene derecho a apelar nuestra decisión

Puede apelar la decisión de nuestro plan. Comparta esta carta con su <médico *or* proveedor de atención médica> y pregunte sobre los próximos pasos. Si usted apela y nuestro plan cambia su decisión, es posible que paguemos el <servicio/artículo médico *and/or* Medicamento de la Parte B *de Medicare or* Medicamento de Medicaid>.

También puedes llamar <plan phone number for appeal requests> (TTY: <TTY number>) y solicitarnos una copia gratuita de la información que utilizamos para tomar nuestra decisión. Esto puede incluir registros médicos, pautas y otros documentos. Debe mostrarle esta información a su <médico *or* proveedor de atención médica> para ayudarle a decidir si debe apelar.

Debe apelar a nuestro plan mediante *[Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 65 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text]*. Esta fecha se aplica si solicita una apelación estándar o rápida. Nuestro plan puede brindarle más tiempo si tiene una buena razón.

Hay dos tipos de apelaciones

Nuestro plan tiene dos tipos de apelaciones: apelaciones estándar y apelaciones rápidas.

1. Si solicita una **apelación estándar**, nuestro plan le enviará una decisión por escrito dentro de *[for a Medicare Part B drug the enrollee has not yet received, insert: **7 días***

calendario and/or for any other medical service/item, insert: 30 días calendario or a shorter timeframe if required by the state] **después de que recibamos su apelación.**

2. Si solicita una **apelación rápida**, nuestro plan le dará una decisión dentro de *[insert: 72 horas or a shorter timeframe if required by the state]* **después de que recibamos su apelación.** Puede solicitar una apelación rápida si usted o su <médico *or* proveedor de atención médica> cree que su salud podría verse **gravemente perjudicada** si espera hasta *[for a Medicare Part B drug, insert: 7 días calendario and/or for any other medical service/item, insert: 30 días calendario or a shorter timeframe if required by the state]* para tomar una decisión. Nuestro plan le otorgará **automáticamente** una apelación rápida si su <médico *or* proveedor de atención médica> **solicita una** o si su <médico *or* proveedor de atención médica> **apoya su solicitud.** Si solicita una apelación rápida sin el apoyo de un <médico *or* proveedor de atención médica>, nuestro plan decidirá si puede obtener una apelación rápida. Si nuestro plan no aprueba una apelación rápida, le daremos una decisión sobre su apelación dentro de *[for a Medicare Part B drug, insert: 7 días calendario and/or for any other medical service/item, insert: 30 días calendario or a shorter timeframe if required by the state]*.

[Delete if the letter is for a denial of a Medicare Part B drug or if the state does not allow extensions: Tanto para las apelaciones estándar como para las rápidas, nuestra decisión podría demorar más si solicita más tiempo o si necesitamos más información de su parte. Nuestro plan le enviará una carta y le informará si necesitamos más tiempo y por qué.]

Cómo apelar

Usted, alguien que usted nombró por escrito como su representante para que actúe en su nombre (como un familiar, un amigo o un abogado) o su <médico *or* proveedor de atención médica> puede apelar. Puede comunicarse con nuestro plan para apelar de una de estas maneras:

- **Teléfono:** Llame al <plan phone number for appeal requests> (TTY: <TTY number>)
- **Fax:** Envíe un fax a <plan fax number for appeal requests>
- **Correo:** Envíe una correspondencia a <plan mailing address for appeal requests>
- *[Insert if appropriate: En persona: Entréguelo en <plan in-person delivery address>]*

Si presenta una apelación por escrito, conserve una copia. Si llama, le enviaremos una carta que detalla lo que nos dijo por teléfono.

Cuando presente una apelación, deberá proporcionar a nuestro plan:

- Su nombre

- Su dirección o una dirección a la que debemos enviarle información sobre su apelación (si no tiene una dirección actual, igual puede apelar)
- Su número de miembro con nuestro plan
- El o los motivos por los que está apelando nuestra decisión
- Si desea una apelación estándar o rápida. (Para una apelación rápida, díganos por qué la necesita).
- ¿Algo que desee que nuestro plan considere y que demuestre por qué necesita el <servicio/artículo médico *and/or* Medicamento de la Parte B de Medicare *or* Medicamento de Medicaid>? Por ejemplo, puede enviarnos:
 - o Historial médico de su <médico *or* proveedor de atención médica>,
 - o Cartas de su <médico *or* proveedor de atención médica> (como una declaración de su <médico *or* proveedor de atención médica> que explica por qué necesita una apelación rápida), u
 - o Otra información que indique por qué necesita el <servicio/artículo médico> *and/or* Medicamento de la Parte B de Medicare *or* Medicamentos de Medicaid>

Para obtener más información sobre cómo apelar, llame a Servicios para Miembros al <toll-free plan Member Services phone number> (TTY: <toll-free TTY number>). También puede encontrar más información en *[insert Evidence of Coverage, Member or Enrollee Handbook, or other term plan uses]*, *[plans may insert chapter and/or section reference, as applicable]* de nuestro plan. Una copia actualizada de la *[insert Evidence of Coverage, Member or Enrollee Handbook, or other term plan uses]* siempre está disponible en nuestro sitio web en <dirección web> o llamando a nuestro plan.

[Optional to delete this section if the decision relates to a medical service/item and/or Medicare Part B drug or Medicaid drug that has not been received by the enrollee under a previous authorization of the medical service/item and/or Medicare Part B drug or Medicaid drug:

Cómo seguir recibiendo su <servicio/artículo médico *and/or* Medicamentos de la Parte B de Medicare *or* Medicamentos de Medicaid > durante su apelación

Si ya está recibiendo el/los <servicio/artículo médico *and/or* Medicamentos de la Parte B de Medicare *or* Medicamentos de Medicaid> detallados en la primera página de esta carta, puede solicitar seguir recibéndolo durante su apelación.

- **Debe apelar y solicitar a nuestro plan que continúe brindándole su/sus <servicio/artículo médico *and/or* Medicamentos de la Parte B de Medicare *or* Medicamentos de Medicaid> al *[Insert continuation of benefits request filing date in***

month, date, year format. Date will be the later of the following: (1) 10 calendar days from date of letter (or later than 10 calendar days, if required by the state) or (2) date the decision takes effect. Insert date in bold text].

- Consulte la sección “Cómo apelar” detallada anteriormente en esta carta para obtener información sobre cómo comunicarse con nuestro plan.
- Si solicita nuestro plan para continuar con su/sus <servicio/artículo médico *and/or* Medicamentos de la Parte B de Medicare *or* Medicamentos de Medicaid> por *[Insert continuation of benefits request filing date]*, su/sus <servicio/artículo médico *and/or* Medicamentos de la Parte B de Medicare *or* Medicamentos de Medicaid> permanecerán igual durante su apelación.
- Si su <médico *or* proveedor de atención médica> está presentando la apelación por usted y desea seguir recibiendo su <servicio/artículo médico *and/or* Medicamentos de la Parte B de Medicare *or* Medicamentos de Medicaid>, entonces su <médico *or* proveedor de atención médica> debe incluir su consentimiento por escrito.]

¿Cómo sigue el trámite?

Después de apelar, nuestro plan le enviará una carta de decisión de apelación para informarle si aprobamos o rechazamos su apelación. Si nuestro plan todavía le niega *[Insert if applicable: el pago del]* <servicio/artículo médico *and/or* Seguro médico del estado Medicamento de la Parte B de Medicare *or* Medicamentos de Medicaid> que aparecen en la primera página de esta Carta de decisión de cobertura, la carta de decisión de apelación le informará qué sucede a continuación, como información sobre una apelación de Medicare de Nivel 2 o cómo solicitarla <nombre del estado> para una audiencia justa *[Insert if appropriate: (también llamado < término específico del estado para audiencia justa>)]*.

Qué hacer si necesita ayuda con su apelación

Puede pedir que alguien apele por usted y actúe en su nombre. Primero debe nombrarlos por escrito como su “representante” siguiendo los pasos a continuación. Su representante puede ser un familiar, un amigo, un abogado, un médico, un proveedor de atención médica o alguien más de su confianza.

Si desea que alguien apele por usted:

- Llame a nuestro plan al <plan phone number for representative requests> (TTY: <TTY number>) para conocer cómo nombrar a esa persona como su representante. O, puede visitar <https://es.medicare.gov/providers-services/claims-appeals-complaints/appeals> *[Plans may replace with a plan-specific web address that explains how enrollees can appoint a representative.]*

- Usted y su representante deben firmar y fechar una declaración que diga que esto es lo que desean.
- Envíenos la declaración firmada por correo o fax a:

<plan address for representative requests>

<plan fax number for representative requests>
- Guarde una copia.

Reciba ayuda y más información

- **<Nombre del plan> Servicios al miembro:** Llame al <número de teléfono gratuito de Servicios para Miembros del plan> (TTY: <número de TTY gratuito>), <días y horarios de funcionamiento>. También puede visitar <dirección web>.
- *[If the state uses an Ombudsman or other enrollee support program, insert the following language, with state-specific information here: < Name of program office>: Llame al <phone number> (TTY: <TTY number>). <Name of program office> puede responderle preguntas si tiene algún problema con su apelación. También pueden ayudarle a entender qué hacer a continuación. No están conectados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.]*
- **<Name of State Health Insurance Assistance Program (SHIP) office>:** Llame al <phone number> (TTY: <TTY number>). Los asesores del <Name of SHIP program> pueden ayudarle con asuntos de Medicare, incluso a apelar. <Name of SHIP program> no está conectado con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.
- **Medicare:** Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048). O, visite [es.medicare.gov](https://www.medicare.gov).
- **< Nombre del programa Medicaid/estatal de Medicaid>:** Llame al <phone number> (TTY: <TTY number>).
- **Centro de Derechos de Medicare:** Llame al 1-800-333-4114 o visite www.medicarerights.org.
- **Localizador de atención para personas mayores:** Llame al 1-800-677-1116 o visite www.eldercare.acl.gov para encontrar ayuda en su comunidad.
- *[If applicable, insert other state or local aging/disability resources contact information.]*

Puede obtener este documento de forma gratuita en [*Insert, as appropriate: <non-English language(s)> o en*] otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al <toll-free phone and TTY numbers, days and hours of operation>. La llamada es gratuita.

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

PRA Disclosure Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 0938-1386. This information collection is for the coverage decision letter issued upon denial, in whole or in part, of an enrollee's request for an integrated organization determination and upon discontinuation or reduction of a previously approved authorization. The time required to complete this information collection is estimated to average less than 10 minutes per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, to review and complete the information collection. This information collection is mandatory per 42 CFR §§ 422.631 and 438.210. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. ******CMS Disclosure**** Please do not send applications, claims, payments, medical records or any documents containing sensitive information to the PRA Reports Clearance Office. Please note that any correspondence not pertaining to the information collection burden approved under the associated OMB control number listed on this form will not be reviewed, forwarded, or retained. If you have questions or concerns regarding where to submit your documents, please contact the CMS Medicare-Medicaid Coordination Office D-SNP Operations mailbox at MMCO_DSNPOperations@cms.hhs.gov.**