

**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 recibéndolo 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}.

<b>Para una apelación estándar:</b>	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.*}

<b>Para una apelación rápida:</b>	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](http://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](http://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.