

Notificación de denegación de cobertura médica

{Reemplazar la denegación de cobertura médica por la denegación de pago, si corresponde}

Fecha:

Número de afiliado:

Nombre:

{Insertar otra información de identificación, según sea necesario (por ejemplo, nombre del proveedor, número de Medicaid del afiliado, servicio sujeto a aviso, fecha del servicio)}.

La cobertura para sus servicios/artículos médicos fue {Insertar el término apropiado: parcialmente aprobada, denegada}

Hemos {Insertar el término que proceda: *denegado, parcialmente aprobado, pausado, reducido, suspendido*} el {pago de} {servicios/artículos médicos o medicamentos de Medicare Parte B o medicamentos de Medicaid} que se indican a continuación que usted o su médico {proveedor} solicitaron:

¿Por qué la cobertura fue {Insertar el término apropiado: denegada, parcialmente aprobada, pausada, reducida, suspendida}?

Hemos {Insertar el término que proceda: *denegado, parcialmente aprobado, pausado, reducido, suspendido*} el {pago de} {servicios/artículos médicos o medicamentos de Medicare Parte B o medicamentos de Medicaid} indicado anteriormente porque {Proporcione una justificación específica para la decisión e incluya las disposiciones de la ley estatal o federal y/o la evidencia de cobertura para respaldar la decisión}:

Comparta una copia de esta decisión con su médico {proveedor} y analicen los pasos a seguir. Si su médico {proveedor} solicitó cobertura en su nombre, ya le hemos enviado una copia de esta notificación de denegación.

Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión

Tiene derecho a solicitar a {nombre del plan de salud} que revise nuestra decisión solicitándonos una apelación dentro de **65 días calendario** a partir de la fecha de este aviso. Si solicita una apelación después de 65 días, deberá explicar por qué su apelación se atrasa. Consulte "Cómo solicitar una apelación a {nombre del plan de salud}" en la página siguiente. [Insertar la información de Medicaid que explique que se debe agotar la apelación a nivel del plan antes de solicitar una audiencia imparcial estatal u otra revisión externa estatal].

[Si necesita ayuda para obtener un servicio de Medicaid, solicitar una apelación de Medicaid o solicitar información para respaldar su apelación de Medicaid, póngase en contacto con {nombre del plan de salud} en {Insertar los números de teléfono gratuitos y TTY}. {Insertar el horario de atención del plan}].

[Cómo conservar su servicio mientras revisamos su caso: Si interrumpimos o reducimos un servicio, puede seguir recibéndolo mientras se revisa su caso. **Para que continúe el servicio, debe solicitar una apelación en un plazo de 10 días** a partir de la fecha de este aviso o antes de que se detenga o reduzca el servicio, lo que ocurra posteriormente. Su médico [proveedor] debe aceptar que usted debe seguir recibiendo el servicio. Es posible que usted tenga que pagar por estos servicios si pierde su apelación.]

Si desea que otra persona intervenga por usted

Puede nombrar a un familiar, amigo, abogado, médico {proveedor}, u otra persona para que actúe como su representante. Si desea que otra persona actúe por usted, llámenos al {número(s)} para conocer cómo designar a su representante. Los usuarios de TTY deben llamar al {número}.

Información importante sobre sus derechos de apelación

Existen 2 tipos de apelaciones con {nombre del plan de salud}

Apelación estándar

- **Solicitud de servicio:** Para los servicios que aún no ha recibido, le daremos una decisión por escrito en el plazo de {insertar el lapso adecuado para el servicio/artículo o fármaco Medicare Parte B: **30 días, 7 días**} [Insertar el plazo para las apelaciones estándar internas del plan de Medicaid, si es diferente] después de recibir su apelación. {insertar solicitudes de servicios/artículos médicos: Nuestra decisión puede tardar más si solicita una prórroga o si necesitamos más información sobre su caso. Le diremos si nos está tomando tiempo adicional y le explicaremos por qué se necesita más tiempo.}
- **Solicitud de pago:** Para apelaciones relacionadas con el pago de un {servicio/artículo médico o medicamento de Medicare Parte B} que ya haya recibido, le daremos una decisión por escrito en el transcurso de **60 días**. No puede solicitar una apelación rápida si nos solicita que le reembolsemos un {servicio/artículo médico o medicamento de la Parte B de Medicare} que ya recibió.

Apelación Rápida (solo disponible para solicitudes de servicio)

- Le daremos una decisión sobre una apelación expedita en un plazo de **72 horas** [Insertar plazo para apelaciones de Medicaid expeditas del plan interno, si es diferente] después de que recibamos su apelación. Puede solicitar una apelación expedita si usted o su médico {proveedor} cree que su salud podría verse gravemente perjudicada al esperar una apelación estándar.
- Automáticamente le daremos una apelación expedita si un médico {proveedor} le pide uno o apoya su solicitud. Para una apelación rápida sin el apoyo de un médico {proveedor}, decidiremos si su solicitud requiere una apelación expedita. Si no le damos una apelación expedita, procesaremos una apelación estándar.

Cómo solicitar una apelación a {nombre del plan de salud}

Paso 1: Usted, su representante o su médico {proveedor} puede solicitar una apelación. Su solicitud {por escrito} debe incluir:

- Su nombre

- Dirección
- Número de afiliado del plan
- Motivos de la apelación
- Ya sea que desee una apelación estándar o expedita (para una apelación expedita, explique por qué necesita una).
- Toda evidencia que desee que revisemos, como registros médicos, declaraciones de apoyo del médico u otra información que explique por qué necesita el {servicio/artículo médico o medicamento de Medicare Parte B o medicamento de Medicaid}.

Si solicita una apelación y no cumple con el plazo, puede pedir una prórroga y debe incluir el motivo del retraso.

Conserve una copia de todo lo que envíe para sus registros. [Insertar, si procede: *Puede solicitar ver el historial médico y otros documentos que hayamos utilizado para tomar nuestra decisión antes o durante la apelación. También puede solicitar una copia de las directrices que utilizamos para tomar nuestra decisión sin costo alguno para usted.*]

Paso 2: Envíe su apelación por correo, teléfono, fax o por Internet.

Para una apelación estándar:	Domicilio postal:	{Dirección de entrega del
transportista:}		
	{Teléfono:}	{Los usuarios de TTY deben llamar al:}
	Fax:	{En línea:}

{Insertar, si procede: *Si solicita una apelación estándar por teléfono, le enviaremos una carta para confirmar lo que nos dijo.*}

Para una apelación rápida:	Teléfono:	{Los usuarios de TTY deben llamar al:}
	{Fax:}	{En línea:}

¿Qué ocurre después?

Si solicita una apelación y continuamos rechazando su solicitud de {pago de} un {servicio/artículo médico o medicamento de Medicare Parte B o medicamento de Medicaid}, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente. **Si el revisor independiente deniega su solicitud, en la decisión por escrito se le explicará si tiene otros derechos de apelación.**

[Insertar reglas adicionales de Medicaid específicas del estado, según corresponda].

Cómo solicitar una audiencia imparcial estatal de Medicaid

Si [nombre del plan de salud] deniega su solicitud de apelación, puede solicitar una audiencia imparcial estatal. [Es posible que los Estados también dispongan redacción adicional sobre otros procesos de revisión externa].

Paso 1: Usted o su representante deben solicitar una Audiencia Imparcial Estatal (por escrito) en un plazo de () días a partir de la fecha de la notificación que deniega su solicitud de apelación. Dispone de hasta () días si tiene un buen motivo para presentar su solicitud fuera de plazo.

Su solicitud {escrita} deberá incluir:

- Su nombre
- Dirección

- Número de afiliado
- Motivos de la apelación
- Cualquier prueba que desee que revisemos, como historial médico, cartas de médicos u otra información que explique por qué necesita el artículo o servicio. Llame a su médico si necesita esta información.

Paso 2: Envíe su solicitud a:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

[Se ha enviado una copia de esta notificación a:]

Obtenga ayuda y más información

- **{Nombre del plan de salud}:** Los usuarios de TTY deben llamar al: {Insertar horario de atención del plan} o {sitio web del plan}
- **Medicare:** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048
- **Centro de derechos de Medicare:** 1-888-HMO-9050
- **Localizador de cuidados para ancianos:** 1-800-677-1116 o Eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx para encontrar ayuda en su comunidad
- [Información de contacto de Medicaid/Estado]
- {Información de contacto de los recursos estatales o locales sobre envejecimiento/discapacidad}
- **Programa Estatal de Seguros Médicos:** llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros médicos. Visite SHIPhelp.org o llame al 1-877-839-2675 para obtener el número de su programa de asistencia local.

{Puede insertar instrucciones para que las personas inscritas puedan obtener esta notificación en un idioma o formato diferente del plan.}

Obtener información en otro formato

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 se le ha discriminado. Visite 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.

Declaración de divulgación PRA

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona estará obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0829. Esta recopilación de información es para el aviso que los planes de salud de Medicare deben proporcionar cuando se deniega una solicitud de servicio médico o pago, en su totalidad o en parte. Se estima que el tiempo necesario para completar esta recopilación de información es de menos de 10 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios, revisar y completar la recopilación de información. Esta recopilación de información es obligatoria en virtud de la Sección 1852(g)(1)(B) de la Ley y la autoridad reguladora establecida en la Subparte M de la Parte 422 en 42 CFR 422.568, 422.572, 417.600(b) y 417.840. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: Autorización de informes de PRA Oficial, Parada de correo C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.