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 porqué. 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 si 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.