

Notificación de denegación de cobertura médica

{Sustituir Denegación de cobertura médica por Denegación de pago, si procede}

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)].

@U`W`VYfH fU`dUfU`gi g`gYfj]W`cg#UfhW`cg`a fX]W`g`Z Y`o=bgYfHJf`Y``hf`fa]bc Udfcd]UXc. `dUfVU`a YbhY`UdfcVUXUž`XYbY[UXUq

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:

1Dcf`ei f`U`W`VYfH fU`Z Y`o=bgYfHJf`Y``hf`fa]bc Udfcd]UXc.

XYbY[UXUždUfVU`a YbhY`UdfcVUXUž`dUi gUXUž`fYXi VUXUž`gi gdYbX]XUq3

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 naturales 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 sus servicios mientras revisamos su caso: Si interrumpimos o reducimos un servicio, puede seguir recibéndolo mientras se revisa su caso. **Si desea que el servicio continúe, debe solicitar una apelación en un plazo de 10 días** a partir de la fecha de esta notificación o antes de que se interrumpa o reduzca el servicio, lo que ocurra más tarde. Su proveedor debe estar de acuerdo en que usted siga recibiendo el servicio. Si pierde su apelación, es posible que tenga que pagar estos servicios].

Si quiere que otra persona actúe en su nombre

Puede nombrar a un familiar, amigo, abogado, médico u otra persona para que actúe como su representante. Si quiere que otra persona actúe en su nombre, llámenos al: {número(s)} para saber cómo nombrar a su representante. Los usuarios de TTY deben llamar al {número}. Tanto usted como la persona que desee que actúe en su nombre deben firmar y fechar una declaración en la que confirmen que eso es lo que desean. Deberá enviarnos esta declaración por correo o fax.

Información importante sobre sus derechos de apelación

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

Apelación estándar: le daremos una decisión por escrito sobre su apelación estándar dentro de {insertar el plazo apropiado para el servicio/artículo médico o medicamento de la 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. Nuestra decisión puede tardar más si solicita una prórroga o si necesitamos más información sobre su caso. Le diremos si vamos a tardar más y le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. Si su apelación es por el pago de un {servicio médico/artículo o medicamento de la Parte B} que ya recibió, le comunicaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de **60 días**.

Apelación rápida: le comunicaremos nuestra decisión sobre una apelación rápida en un plazo de **72 horas** [Insertar el plazo para las apelaciones aceleradas internas del plan Medicaid, si es diferente] después de recibir su apelación. Puede solicitar una apelación rápida si usted o su médico creen que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera hasta {insertar el plazo apropiado para el servicio/artículo médico o medicamento de la Parte B: **30 días, 7 días**} para una decisión. No puede solicitar una apelación acelerada si nos está pidiendo el reembolso de un {servicio médico/artículo o medicamento de la Parte B} que ya recibió.

Le concederemos automáticamente una apelación rápida si un médico la solicita por usted o si su médico apoya su solicitud. Si solicita una apelación rápida sin el apoyo de un médico, decidiremos si su solicitud requiere una apelación rápida. Si no le damos una apelación rápida, le daremos una decisión dentro de {insertar el plazo que corresponda para el servicio/artículo médico o medicamento de la Parte B: **30 días, 7 días**}.

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

Paso 1: Usted, su representante o su médico [proveedor] pueden solicitarnos una apelación. Su solicitud {por escrito} debe incluir:

- Su nombre
- Dirección
- Número de miembro
- Motivos de la apelación
- Si desea una Apelación Estándar o Rápida (para una Apelación Rápida, explique por qué la necesita).

- Cualquier prueba que desee que revisemos, como historiales médicos, cartas de médicos (como la declaración de apoyo de un médico si solicita una apelación rápida) u otra información que explique por qué necesita el {servicio médico/artículo o medicamento de la Parte B o de Medicaid}. Llame a su médico si necesita esta información.

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

Recomendamos que conserve una copia de todo lo que nos envíe para su archivo. [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, sin costo alguno para usted, solicitar una copia de las pautas en las que nos basamos para tomar nuestra decisión*].

Paso 2: Envíe su apelación por correo, fax o entréguelo en persona. {También puede llamarnos o presentar su apelación por Internet}

Para una apelación estándar:	Dirección postal:	{Dirección de entrega en persona:}
	{Teléfono:}	{Los usuarios de TTY deben llamar al:}
	Fax:	{Sitio web:}

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

Para una apelación acelerada:	Teléfono:	{Los usuarios de TTY deben llamar al:}
	{Fax:}	{Sitio web:}

¿Qué ocurre después?

Si solicita una apelación y seguimos denegando su solicitud de {pago de} un {servicio médico/artículo o medicamento de la Parte B o 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 las normas adicionales de Medicaid específicas del Estado, según proceda].

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 motivo justificado para presentar su solicitud fuera de este plazo.

Su solicitud {por escrito} debe incluir:

- Su nombre
- Dirección
- Número de miembro
- 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} Teléfono sin cargo:
Los usuarios de TTY deben llamar al:
{Insertar horario de atención del plan} o {sitio web del plan}
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048
- Centro de derechos de Medicare: 1-888-HMO-9050
- Localizador Eldercare: 1-800-677-1116 o eldercare.acl.gov para buscar ayuda en su comunidad.
- [Información de contacto de Medicaid/Estado]
- {Información de contacto de los recursos estatales o locales sobre envejecimiento/discapacidad}
- Centro de Asistencia Técnica Nacional del Programa Estatal de Seguros Médicos:
877-839-2675

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

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites. De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995 (PRA), ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). 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, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Usted tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como impreso en letras grandes, en Braille o en 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.