

## Carta sobre 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>)]**

**<Date of Letter>**

*[Insert Member name]*

Número de identificación del miembro:

Servicio/artículo relacionado con esta carta:

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

En esta carta nos referimos a <plan name> como “nuestro plan” o “nosotros.” Somos un plan de salud que contrata con Medicare y Medicaid *[Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable]* para proporcionar cobertura para ambos programas. Nuestro plan coordina sus servicios de Medicare y Medicaid *[Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable]* así como sus médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención de la salud.

**Nuestro plan <denegó or denegó parcialmente or redujo or interrumpió or suspendió or cambió> *[Insert if applicable: el pago para]* el/los <servicio/artículo médico or medicamento de la Parte B or medicamento de Medicaid > enumerado(s) a continuación:**

*[Insert description of medical service/item or 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 denied, 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 denied, 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 cobrará ni deberá dinero por este** *[insert as applicable: servicio/artículo médico or medicamento de la Parte B 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 or 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 or*

*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 or Medicare Part B drug or Medicaid drug the individual has already been receiving: **Nuestro plan <reducirá or interrumpirá or suspenderá> su <servicio or artículo> el <effective date>.*** Consulte la sección “Cómo seguir recibiendo su <servicio/artículo médico or medicamento de Medicare Parte B or medicamento de Medicaid > durante su apelación” más adelante en esta carta para obtener información sobre cómo continuar recibiendo su <servicio/artículo médico or medicamento de Medicare Parte B or medicamento de Medicaid> durante su apelación.]

## **Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión**

Puede apelar la decisión de nuestro plan. Muéstrole esta carta a su <médico *or* proveedor de cuidado de la salud> y pregúntele cuáles son los próximos pasos. Si usted apela y nuestro plan cambia la decisión, es posible que paguemos el <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B *or* medicamento de Medicaid>.

También puede llamar al <plan phone number for appeal requests> (TTY: <TTY number>) y pedirnos una copia gratuita de la información que usamos para tomar nuestra decisión. Esto puede incluir registros de salud, directrices y otros documentos. Usted debería mostrar esta información a su <médico *or* proveedor de cuidado de la salud> para que le ayude a decidir si debería apelar.

**Usted debe apelar antes de** *[Insert specific appeal filing deadline date in month, date, year format – 60 calendar days from date of letter. Insert deadline date in bold text]*. Es posible que nuestro plan le dé más tiempo si usted tiene un motivo válido.

## **Hay dos clases de apelaciones**

**Nuestro plan tiene dos clases de apelaciones: apelaciones estándar y apelaciones rápidas.**

1. Si usted pide una **apelación estándar**, nuestro plan le enviará una decisión por escrito dentro de los *[for a Part B drug, insert: **7 días calendario** 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 usted pide una **apelación rápida**, nuestro plan le dará una decisión dentro de las *[insert: **72 horas** or a shorter timeframe if required by the state]* **después de que recibamos su apelación.** Usted puede pedir una apelación rápida si usted o su <médico *or* proveedor de cuidado de la salud> creen que su salud podría estar en

**peligro** si tiene que esperar *[for a Part B drug, insert: 7 días calendario or for any other medical service/item, insert: 30 días calendario or a shorter timeframe if required by the state]* para obtener una decisión. Nuestro plan le concederá **automáticamente** una apelación rápida si su <médico *or* proveedor de cuidado de la salud> **solicita una por usted** o si su <médico *or* proveedor de cuidado de la salud> **respalda su solicitud**. Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de un <médico *or* proveedor de cuidado de la salud>, nuestro plan decidirá si usted puede obtener una apelación rápida. Si nuestro plan no aprueba una apelación rápida, le daremos una decisión sobre nuestra apelación dentro de los próximos *[for a Part B drug, insert: 7 días calendario 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 Part B drug or if the state does not allow extensions:* Tanto para apelaciones estándares como rápidas, nuestra decisión podría tomar más tiempo si usted pide más tiempo o si necesitamos más información de su parte. Nuestro plan le enviará una carta y le dirá si necesitamos más tiempo y por qué.]

## Cómo apelar

Usted, alguien que usted haya nombrado por escrito como su representante para que actúe en su nombre (como un familiar, amigo o abogado), o su <médico *or* proveedor de cuidado de la salud> pueden apelar. Usted puede comunicarse con nuestro plan para apelar de una de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** Llame al <plan phone number for appeal requests> (TTY: <TTY number>)
- **Por fax:** Envíe un fax al <plan fax number for appeal requests>
- **Por correo:** Envíe su apelación por correo a <plan mailing address for appeal requests>
- *[Insert if appropriate: En persona: Entréguelo a <plan in-person delivery address>]*

Si usted apela por escrito, conserve una copia. Si llama, le enviaremos una carta que incluye lo que usted nos dijo por teléfono.

Cuando apele, debe dar a nuestro plan:

- Su nombre
- Su dirección o una dirección donde debemos enviar información sobre su apelación (aunque no tenga una dirección actual, puede apelar de todas maneras)
- El número de miembro con nuestro plan
- La(s) razón(es) por las que está apelando nuestra decisión

- Si quiere una apelación estándar o una rápida (para una apelación rápida, tiene que decirnos por qué necesita una).
- Cualquier cosa que quiera que nuestro plan examine que demuestre por qué usted necesita el <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B *or* medicamento de Medicaid>. Por ejemplo, puede enviarnos:
  - Registros médicos de su <médico *or* proveedor de cuidado de la salud>,
  - Cartas de su <médico *or* proveedor de cuidado de la salud> (como algún comunicado de su <médico *or* proveedor de cuidado de la salud> que diga por qué usted necesita una apelación rápida), u
  - Otra información que indique por qué usted necesita el <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B *or* medicamento de Medicaid>

Para obtener más información sobre cómo apelar, llame al Departamento de Servicios al Miembro 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. Siempre puede obtener una copia actualizada *[insert Evidence of Coverage, Member or Enrollee Handbook, or other term plan uses]* en nuestro sitio web en <web address> o pedirla por teléfono a nuestro plan.

*[Optional to delete this section if the decision relates to a medical service/item 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 or Medicare Part B drug or Medicaid drug: **Cómo***

### **seguir recibiendo su <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B *or* medicamento de Medicaid> durante su apelación**

Si usted ya está recibiendo el <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare *or* medicamento de Medicaid> que figura en la primera página de esta carta, puede pedir seguir recibéndolo durante su apelación.

- **Usted tiene que apelar y pedir a nuestro plan seguir recibiendo su <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare *or* medicamento de Medicaid> en o antes del *[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” de esta carta para obtener información sobre cómo comunicarse con nuestro plan.

- Si usted pide a nuestro plan que continúe con su <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare *or* medicamento de Medicaid> en o antes del *[Insert continuation of benefits request filing date]*, su <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare *or* medicamento de Medicaid> se mantendrá igual durante su apelación.
- Si su <médico *or* proveedor de cuidado de la salud> está presentando la apelación en su nombre y usted quiere continuar recibiendo su <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare *or* medicamento de Medicaid>, entonces su <médico *or* proveedor de cuidado de la salud> tiene que incluir su consentimiento por escrito.]

## Qué sucede después

Después de que usted apele, nuestro plan le enviará una carta sobre la decisión de la apelación para informarle si aprobamos o denegamos su apelación. Si nuestro plan sigue denegando *[Insert if applicable: el pago]* del <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B *or* medicamento de Medicaid> que se indica en la primera página de esta Carta de Decisión de Cobertura, la carta sobre la decisión de la apelación le dirá lo que ocurrirá después, por ejemplo, le brindará información sobre una apelación de Nivel 2 de Medicare o le explicará cómo solicitar una Audiencia Justa del Estado de <state name> *[Insert if appropriate: (lo que también conocemos como <state-specific term for Fair Hearing>)]*.

## Qué debe hacer si necesita ayuda con su apelación

Puede pedirle a alguien que apele por usted y actúe en su nombre. Primero debe nombrar a esa persona por escrito como su “representante,” siguiendo los pasos que se indican a continuación. Su representante puede ser un familiar, amigo, abogado, médico, proveedor de cuidado de la salud u otra persona de confianza.

Si usted quiere que alguien apele en su nombre:

- Llame a nuestro plan al <plan phone number for representative requests> (TTY: <TTY number>) para saber cómo nombrar a esa persona como su representante. O puede visitar [es.medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](https://es.medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me). *[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 usted desea.
- Envíenos, por correo o fax, la declaración firmada a:

<plan address for representative requests>

<plan fax number for representative requests>

- Conserve una copia.

## Obtenga ayuda y más información

- **Departamento de Servicios al Miembro de <plan name>**: Llame al <toll-free plan Member Services phone number> (TTY: <toll-free TTY number>), <days and hours of operation>. También puede visitar <plan website>.
- *[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 responder preguntas si usted tiene algún problema con su apelación. También pueden explicarle lo que debe hacer después. Ellos no tienen relación con nuestro plan, con ninguna compañía de seguros, u otro 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 de <name of SHIP program> pueden ayudarle con asuntos de Medicare, incluso cómo apelar. <name of SHIP program> no tiene relación con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.
- **Medicare**: Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048). O visite [es.medicare.gov](https://www.medicare.gov).
- **<Medicaid/state Medicaid program name>**: Llame al <phone number> (TTY: <TTY number>).
- **Centro de Derechos de Medicare**: Llame al 1-800-333-4114 o visite [www.medicarerights.org](https://www.medicarerights.org).
- **Servicio de Localización de Cuidado para Personas Mayores**: Llame al 1-800-677-1116 o visite [www.eldercare.acl.gov](https://www.eldercare.acl.gov) para encontrar ayuda en su comunidad.
- *[If applicable, insert other state or local aging/disability resources contact information.]*

---

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

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como en letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que se le ha discriminado. Visite [es.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.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 (Expires XX/XX/XXXX)**. This is a **mandatory** information collection. The time required to complete this information collection is estimated to average **10 minutes** per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. 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 submit any documents containing sensitive information to the PRA Reports Clearance Office. If you have questions or concerns regarding where to submit your documents, please contact Kristi Sugarman Coats at [kristin.sugarman-coats@cms.hhs.gov](mailto:kristin.sugarman-coats@cms.hhs.gov).