[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

**Importante:** Este aviso le explica su derecho a apelar nuestra decisión. Léalo detenidamente. Si necesita ayuda, puede llamar a alguno de los teléfonos enumerados en la última página en el apartado “Obtenga ayuda y más información”.

Aviso de rechazo de cobertura médica

**Fecha:** [Letter Date] **Número de miembro:** [Member ID]

**Nombre:** [Member Name]

[Insert other identifying information, as necessary (e.g., provider name, enrollee’s Medicaid number, service subject to notice, date of service)]

**Su solicitud fue [Insert appropriate term:** **aprobada parcialmente, rechazada]**.

Hemos [Insert appropriate term: rechazado, aprobado parcialmente, interrumpido, reducido, suspendido] los artículos/servicios médicos o el medicamento de la Parte B mencionados a continuación solicitados por usted o su médico/a, [provider name]:

[Free text]

**¿Por qué rechazamos su solicitud?**

Hemos [Insert appropriate term: rechazado, aprobado parcialmente, reducido, suspendido] los artículos/servicios médicos o el medicamento de la Parte B mencionados anteriormente debido a los siguientes motivos [provide specific rationale for decision and include State or Federal law and/or Evidence of Coverage provisions to support decision]:

[Free text]

Se recomienda compartir una copia de esta decisión con su médico/a para analizar juntos los próximos pasos a seguir. Si su médico/a solicitó cobertura en su nombre, le hemos enviado una copia de esta decisión.

**Tiene derecho a apelar nuestra decisión**

Usted tiene derecho a solicitar a SCAN que revise la decisión solicitándonos una apelación**.**

**Apelación al plan:** Solicite a SCAN una apelación dentro de los **60 días** de la fecha de este aviso. Podemos darle más tiempo si tiene una buena razón para no cumplir con la fecha límite. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación al plan, consulte la sección titulada “Cómo solicitar una apelación a SCAN”.

**Si desea que otra persona actúe en su nombre**

Puede designar a un/a familiar, amigo/a, abogado/a, médico/a u otra persona para que actúe como su representante. Si desea que otra persona actúe en su nombre, llame a SCAN al: 1-800-559-3500 para saber cómo designar un/a representante. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Tanto usted como la persona que designe como representante deben firmar y fechar una declaración que confirme que este es su deseo. Deberá enviarnos esta declaración por correo o por fax. Conserve una copia para sus registros.

**Información importante acerca de sus derechos de apelación**

***Existen 2 tipos de apelaciones a SCAN***

**Apelación estándar**: le daremos una decisión por escrito sobre una apelación estándar dentro de los ***30 días*** en el caso de un servicio/artículo o ***7 días*** en el caso de un medicamento de la Parte B, ambos plazos posteriores a recibir su apelación. Nuestra decisión puede demorarse si usted solicita una extensión o si necesitamos más información acerca de su caso. Le avisaremos si debemos tomarnos más tiempo y le explicaremos el motivo. Si su apelación se debe al pago de un servicio/artículo médico o un medicamento de la Parte B que ya recibió, le daremos una decisión por escrito dentro de los **60 días**.

**Apelación rápida:** le daremos una decisión sobre una apelación rápida dentro de las **72 horas** posteriores a recibir su apelación. Puede solicitar una apelación rápida si usted o su médico/a creen que su salud podría verse gravemente perjudicada si espera una decisión hasta **30 días** en el caso de un servicio/artículo médico o **7 días** en el caso de un medicamento de la Parte B. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le reembolsemos el costo de un servicio/artículo médico o medicamento de la Parte B que ya recibió.

**Le daremos automáticamente una apelación rápida si un/a médico/a la solicita por usted o si su médico/a apoya su solicitud.** Si usted solicita una apelación rápida sin el apoyo de un/a médico/a, nosotros decidiremos si su solicitud requiere una apelación rápida. Si no le concedemos una apelación rápida, le daremos una decisión dentro de los **30 días** en el caso de un servicio/artículo médico o **7 días** en el caso de un medicamento de la Parte B.

**Cómo solicitar una apelación a SCAN**

**Paso 1:** Usted, su representante o su médico/a, [provider name], deben solicitarnos una apelación. Su solicitud por escrito debe incluir lo siguiente:

* Su nombre.
* Dirección.
* Número de miembro.
* Las razones de la apelación.
* Si desea una apelación estándar o rápida (para una apelación rápida, explique por qué la necesita).
* Cualquier evidencia que desee que revisemos, como expedientes médicos, cartas de los médicos (como la declaración de apoyo de un/a médico/a si usted solicita una apelación rápida) u otra información que explique el motivo de la necesidad del servicio/artículo médico o medicamento de la Parte B. Comuníquese con su médico/a si necesita esta información.

Si solicita una apelación y se vence el plazo para hacerlo, puede solicitar una extensión y debe incluir el motivo del retraso.

Le recomendamos que guarde una copia de todo lo que nos envíe para sus registros. Puede solicitar consultar los expedientes médicos y otros documentos que hemos utilizado para tomar nuestra decisión antes de la apelación o durante esta. También puede solicitar una copia de las pautas que hemos utilizado para tomar nuestra decisión sin costo para usted.

**Paso 2:** Envíe su apelación por correo o fax, o entréguela en persona. También puede llamarnos o enviar su apelación electrónicamente.

**Para una apelación estándar:**

Dirección postal:

SCAN

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

1-800-559-3500

Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Fax:

Fax: 1-562-989-0958

Sitio web:

www.scanhealthplan.com

Dirección para entrega en persona:

SCAN Health Plan

3800 Kilroy Airport Way, Suite 100

Long Beach, CA 90806

**Para una apelación rápida:**

Teléfono: 1-800-559-3500

Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Fax: 1-562-989-0958

Sitio web: www.scanhealthplan.com

**¿Qué ocurre después?**

Si usted solicita una apelación y continuamos rechazando su solicitud para un servicio/artículo médico o un medicamento de la Parte B, automáticamente enviaremos su caso a un evaluador independiente. **Si el evaluador independiente rechaza su solicitud, la decisión por escrito le explicará si tiene más derechos de apelación.**

**Obtenga ayuda y más información**

* Número gratuito de SCAN: 1-800-559-3500. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Del 1 de abril al 30 de septiembre, el horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Del 1 de octubre al 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. O en www.scanhealthplan.com.
* 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 de Cuidados de Personas Mayores: 1-800-677-1116 o www.eldercare.acl.gov para buscar ayuda en su comunidad.

**Declaración de divulgación de la PRA** De conformidad con la Ley de Reducción del Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que esta contenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación es 0938-0829. Se estima que el tiempo promedio requerido para completar esta recopilación de información es de 10 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la precisión de los cálculos de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Tiene derecho a recibir información de Medicare en un formato accesible, como en letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado/a. Ingrese en [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://gcc02.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.medicare.gov%2Fabout-us%2Fnondiscrimination%2Faccessibility-nondiscrimination.html&data=05%7C01%7CSabrina.Edmonston%40cms.hhs.gov%7Cf9660dff7be64273aaca08da37806d63%7Cd58addea50534a808499ba4d944910df%7C0%7C0%7C637883321967786495%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=JicYRpGPqKvuHzPrkxsak8cYevEYUNvJOAvziqekgWg%3D&reserved=0) 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.