**[*HEALTH PLAN OR MEDICAL GROUP/IPA LETTERHEAD*]**

**[Use 12-Point Font]**

#  Medicare Advantage

# Los servicios solicitados no cumplen con los criterios expeditos

[*Date*]

[*Name of Patient]* Nombre del paciente: [patient name]

[*or representative*] N.º de identificación del paciente: [patient ID #]

[*Address*] Nombre del plan de salud: SCAN

 Número de teléfono del plan de salud: (800) 559-3500

 Nombre del proveedor: [provider name]

Servicio solicitado: [requested service]

Fecha y hora de la solicitud expedita: [date/time of expedited req]

 Nombre del médico tratante: [attending physician’s name]

Estimado(a) [*Patient’s Name*]:

Esta correspondencia es en respuesta a su solicitud de una decisión inicial expedita de setenta y dos (72) horas para aprobar los servicios indicados antes.

Hemos revisado su solicitud y con base en la información disponible, hemos determinado que su solicitud no cumple con la definición de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) de “tiempo sensible”. Estamos obligados a completar nuestra revisión de su solicitud en una base expedita si (1) su solicitud cumple con la definición de “tiempo sensible”; o (2) un médico respalda su solicitud de una revisión expedita. Tiempo sensible se define como “Una situación donde el período de tiempo del proceso de toma de una decisión estándar podría poner seriamente en peligro la vida o salud de la persona inscrita, o podría poner en peligro la capacidad de la persona inscrita para recuperar su función máxima”. Ya que su solicitud no ha satisfecho ninguno de estos dos criterios, su solicitud se ha remitido al proceso de revisión estándar.

Haremos todos los esfuerzos necesarios para procesar su solicitud lo más pronto posible pero no después de catorce (14) días calendario después de la fecha de recepción de su solicitud, y usted será notificado una vez haya sido completada su revisión.

Tiene derecho a enviar de nuevo una solicitud de una decisión inicial expedita de setenta y dos (72) horas. Si un médico respalda su solicitud de una revisión expedita, y el médico indica que esperar catorce (14) días podría dañar seriamente su salud, la solicitud será acelerada automáticamente.

También puede presentar una queja formal expedita oral o escrita a su plan de salud con respecto a nuestra decisión de no acelerar su revisión. El proceso de queja le permite a un miembro presentar una queja a su plan de salud acerca de asuntos que no sean reclamos o servicios denegados. Su plan de salud debe responder a una queja expedita en el plazo de veinticuatro (24) horas.

Para presentar una queja expedita, usted o su representante autorizado deben presentar su queja escrita por teléfono, correo o fax a:

**SCAN**

**Attn: Grievance and Appeals Department**

**P.O. Box 22644**

**Long Beach, CA 90801-5644**

**(800) 559-3500**

**Fax: (562) 989-0958**

Además, tenga en cuenta que, aunque no está obligado a presentarnos información adicional, es importante que se comunique con nosotros inmediatamente si su afección médica cambia o si tiene información adicional pertinente a este asunto.

Por favor, dirija cualquier pregunta o información adicional a mi atención al
1-(XXX)-XXX-XXXX o a TDD/TTY (XXX)-XXX-XXXX en el horario de [*add the hours of operation]*.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre

[Title]