[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

Aviso de rechazo de cobertura médica

**Fecha: LETTER DATE Número de miembro:** BSUBSCRIBER

**Nombre:** MEMBER\_FIRST\_NAME MEMBER\_MIDDLE\_NAME MEMBER\_LAST\_NAME

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

**La cobertura de sus artículos/servicios médicos fue <Insert appropriate term: aprobada parcialmente, denegada>.**

Hemos <Insert appropriate term: denegado, aprobado parcialmente, interrumpido, reducido, suspendido> los <*artículos/servicios médicos o medicamento de la Parte B>* que se detallan a continuación y que usted o su médico/a solicitaron:

[Free text]

**¿Por qué se <Insert appropriate term: denegó, aprobó parcialmente, interrumpió, redujo, suspendió la cobertura>?**

Hemos <Insert appropriate term: *denegado, aprobado parcialmente, interrumpido, reducido, suspendido>* los <*artículos/servicios médicos o medicamento de la Parte B>* mencionado(s) anteriormente debido a que [Provide specific rationale for decision and include State or Federal law and/or Evidence of Coverage provisions to support decisión]:

Comparta una copia de esta decisión con su médico/a y analice los próximos pasos. Si su médico/a solicitó cobertura en su nombre, ya le enviamos una copia de este aviso de denegación.

**Tiene derecho a apelar nuestra decisión**

Tiene derecho a solicitar a SCAN que revise la decisión solicitándonos una apelación en el plazo de **65 días calendario** a partir de la fecha de este aviso. Si solicita una apelación después de 65 días, debe explicar por qué se retrasó la apelación. Consulte “Cómo solicitar una apelación a SCAN” en la página siguiente.

[**Cómo mantener sus servicios mientras revisamos su caso:** Si suspendemos o reducimos un servicio, puede seguir recibiendo el servicio mientras se revisa su caso. Para que **el servicio continúe, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días** de la fecha de este avisoo antes de que el servicio se suspenda o reduzca, lo que suceda más tarde. Su médico/a debe estar de acuerdo en que usted debe seguir recibiendo el servicio. Es posible que tenga que pagar por estos servicios si pierde la apelación.]

**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, llámenos al 1-855-827-7226 para saber cómo designar un/a representante. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

**Existen 2 tipos de apelaciones a SCAN**

**Apelación estándar**

* **Solicitud de servicio**: Para los servicios que aún no haya recibido, le daremos una decisión por escrito en <insert appropriate timeframe for servicio/artículo médico o medicamento de la Parte B de Medicare: *30 días, 7 días>* posteriores a recibir su apelación. [insert for requests for medical service/item: *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.*]
* **Solicitud de pago**:Para las apelaciones relacionadas con el pago de un <servicio/artículo médico o medicamento de la Parte B de Medicare> que ya haya recibido, le daremos una decisión por escrito dentro de los 60 días. No puede solicitar una apelación rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un <servicio/artículo médico o medicamento de la Parte B de Medicare> que ya recibió.

**Apelación rápida (solo disponible para solicitudes de servicio)**

* Le daremos una decisión sobre una apelación rápida dentro de las 72 horasposteriores 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 apelación estándar.
* Le daremos automáticamente una apelación rápida si un/a médico/a la solicita por usted o si apoya su solicitud. En caso de 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, procesaremos una apelación estándar.

**Cómo solicitar una apelación a SCAN**

**Paso 1:** Usted, su representante o su médico/a pueden solicitar una apelación. Su solicitud por escrito debe incluir lo siguiente:

* Su nombre.
* Dirección.
* Número de miembro del plan.
* 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, declaraciones de respaldo del/de la médico/a u otra información que explique por qué necesita el <*servicio/artículo médico o medicamento de la Parte B de Medicare*>.

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

Guarde una copia de todo lo que 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:** Presente su apelación por correo, teléfono, fax o en línea.

**Para una apelación estándar:**

Dirección postal:

SCAN Health Plan

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

1-855-827-7226

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: 1-855-827-7226

Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Fax: 1-562-989-0958

Sitio web: www.scanhealthplan.com

**¿Qué ocurre después?**

Si solicita una apelación y continuamos rechazando su solicitud para un <*medical service/item or Medicare Part B drug>*, 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: 1-855-827-7226. 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.
* **Medicare:** 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 [Eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx](http://Eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx) para buscar ayuda en su comunidad.
* **Programa estatal de seguro médico (SHIP):** llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico para obtener asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguro médico. Visite SHIPhelp.org o llame al 1-877-839-2675 para obtener el número de su SHIP local.

**Obtener información en otro formato**

Usted tiene derecho a recibir información de Medicare en un formato accesible, como 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.

**Declaración de divulgación de la PRA**

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que se muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de la información es 0938-0829. Esta recopilación de información se realiza para el aviso que los planes de salud de Medicare deben proporcionar cuando se deniega, en su totalidad o en parte, una solicitud de servicio o pago médico. Se estima que el tiempo promedio requerido para completar esta recopilación de información es de menos de 10 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios, revisar y completar la recopilación de información. Esta recopilación de información es obligatoria en virtud de la Sección 1852(g)(1)(B) de la Ley y la autoridad reguladora establecida en la Subparte M de la Parte 422 en las secciones 422.568, 422.572, 417.600(b) y 417.840 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR). Si tiene algún comentario o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a la siguiente dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports ClearanceOfficer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.