# [Insert Provider Name, Address, Phone Number]

# Carta sobre la decisión de cobertura

***IMPORTANTE:*** *Para obtener ayuda con este aviso, comuníquese con****SCAN Health Plan*** *al 800-559-3500 (TTY: 711)* ***O con la Oficina de Defensoría del Pueblo del Departamento de Servicios de Salud (DHCS) de California*** *al
1-888-452-8609 (TTY: 711).*

## <Date of Letter>

[*Insert Member name*]

[Member Address 01]

[Member Address 02]

Identificación de miembro del plan de salud: [Member ID]

Servicio/artículo por el que se envía esta carta: [service/item that was requested].

[Group Name] es un proveedor de atención médica contratado por SCAN.

En esta carta, llamamos “nuestro plan” o “nosotros” a SCAN Health Plan/[provider name]. SCAN es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medi-Cal para brindar cobertura para ambos programas. Nuestro plan coordina sus servicios de Medicare y Medi-Cal, así como a sus médicos/as, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención médica.

### Nuestro plan <denegó *or* denegó parcialmente *or* redujo *or* detuvo *or* suspendió *or* cambió> el <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B> que se enumera a continuación:

[Free text - *Insert description of medical service/item or Part B 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 this paragraph if this is a post-service case for which there is no member liability:* **Tenga en cuenta que no se le facturará ni deberá dinero por este**[*insert as applicable:* **servicio/artículo médico** *or* **medicamento de la Parte B**].]

Nuestro plan tomó esta decisión debido a que [Free text - *Provide a specific denial reason and a concise explanation of why the medical service/item or Part B 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 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 Medi-Cal 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 this paragraph if denial will result in a stoppage, suspension, or reduction of a medical service/item or Medicare Part B drug the individual has already been receiving:* **Nuestro plan <reducirá** *or* **detendrá** *or* **suspenderá**> **su** <**servicio/artículo médico** *or* **medicamento de la Parte B**> **el** <**effective date**>**.** Consulte la sección “Cómo continuar recibiendo su <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare> durante la apelación” más adelante en esta carta para obtener información sobre cómo continuar recibiendo su <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare durante la apelación.]

## Tiene derecho a apelar nuestra decisión

Puede apelar la decisión de nuestro plan. Muéstrele esta carta a su <médico/a *or* proveedor/a de atención médica> y pregúntele cómo continuar. Si presenta una apelación y nuestro plan cambia su decisión, es posible que paguemos el <servicio/artículo médico or medicamento de la Parte B>.

También puede llamar al <provider phone number for appeal requests>
(TTY: <TTY number>) y pedirnos una copia gratuita de la información que usamos para tomar la decisión. Esta puede incluir registros médicos, pautas y otra documentación. Debería mostrarle esta información a su <médico/a *or* proveedor/a de atención médica> para decidir si debe presentar una apelación.

**Debe apelar a nuestro plan antes del** [*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 tiene un motivo válido.

## Existen dos tipos de apelaciones

**Nuestro plan tiene dos tipos de apelaciones: apelación estándar y apelación rápida.**

1. Si solicita una **apelación estándar**, nuestro plan le enviará una decisión por escrito dentro de [*for a Part B drug, insert:* **7 días calendario** *or**for any other medical service/item, insert:* **30 días calendario] después de recibir su apelación**.
2. Si solicita una **apelación rápida**, nuestro plan le dará una respuesta dentro de las **72 horas** **de haber recibido su apelación**. Puede solicitar una apelación rápida si usted o su <médico/a *or* proveedor/a de atención médica> creen que su salud podría verse **gravemente perjudicada** si espera hasta [*for a Part B drug, insert:* **7 días calendario** *or**for any other medical service/item, insert:* **30 días calendario**] para recibir la decisión. Nuestro plan le dará **automáticamente** una apelación rápida si su<**médico/a** *or* **proveedor/a de atención médica**> **solicita una por usted** o si su<**médico/a** *or***proveedor/a de atención médica**> **respalda su solicitud**.Si solicita una apelación rápida sin el respaldo de un/a <médico/a *or*proveedor/a de atención médica>, nuestro plan decidirá si puede obtener una apelación rápida. Si nuestro plan no aprueba la apelación rápida, le daremos una decisión sobre su apelación dentro de [*for a Part B drug, insert:* **7 días calendario** *or* *for any other medical service/item, insert:* **30 días calendario**].

[*Delete this paragraph if the letter is for a denial of a Part B drug:* Tanto para las apelaciones estándar como para las rápidas, nuestra decisión podría demorar más si solicita más tiempo o si necesitamos más información de su parte. Nuestro plan le enviará una carta y le informará si necesitamos más tiempo y por qué.]

## Como presentar una apelación

Usted, alguien que haya nombrado por escrito como representante autorizado/a para actuar en su nombre (como un/a familiar, amigo/a o abogado/a) o su <médico/a *or* proveedor/a de atención médica> pueden presentar la apelación. Puede comunicarse con nuestro plan para presentar una apelación mediante cualquiera de estos métodos:

* **Por teléfono:** Llame al 1-800-559-3500 (TTY: 711)
* **Por fax:** Envíe un fax al 1-562-989-0958
* **Por correo:** Envíela por correo:

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

* **En persona:** Entréguela aquí:

SCAN Health Plan
3800 Kilroy Airport Way, Suite 100

Long Beach, CA 90806

Si presenta la apelación por escrito, quédese con una copia. Si llama, le enviaremos una carta que indique lo que nos dijo por teléfono.

Al apelar, debe indicarle a nuestro plan lo siguiente:

* Su nombre.
* Su dirección o una dirección a la que debamos enviar información sobre su apelación (puede presentar una apelación incluso si no tiene una dirección actual).
* Su número de miembro de nuestro plan.
* Los motivos por los que apela nuestra decisión.
* Si quiere una apelación estándar o rápida. (Para realizar una apelación rápida, indíquenos por qué motivo necesita una).
* Todo aquello que desee que nuestro plan analice y que demuestre por qué necesita el <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B>.
Por ejemplo, puede enviarnos lo siguiente:
	+ Expedientes médicos de su <médico/a *or* proveedor/a de atención médica>
	+ Cartas de su <médico/a *or* proveedor/a de atención médica> (como una declaración de su <médico/a *or* proveedor/a de atención médica> que indique por qué necesita una apelación rápida)
	+ Otra información que indique por qué necesita el <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B>

Para recibir más información sobre cómo presentar una apelación, llame a Servicios para Miembros al 1-800-559-3500 (TTY: 711). También puede encontrar más información en el *Manual* *para miembros (Evidencia* *de cobertura)* de nuestro plan, Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas). Siempre hay disponible una copia actualizada del *Manual para miembros (Evidencia de cobertura)* en nuestro sitio web, www.scanhealthplan.com, o puede comunicarse con el plan para acceder a una.

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

Si ya está recibiendo el <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare> que figura en la primera página de esta carta, puede solicitar continuar recibiéndolo durante la apelación.

* **Debe apelar y solicitarle a nuestro plan que continúe cubriendo su** <**servicio/artículo médico** *or* **medicamento de la Parte B de Medicare**> **hasta** [*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 presentar una apelación” más arriba para obtener información sobre cómo comunicarse con nuestro plan.
* Si solicita a nuestro plan que continúe con su <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare> hasta el [*Insert continuation of benefits request filing date*], su <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare> permanecerá igual durante la apelación.
* Si su <médico/a *or* proveedor/a de atención médica> presenta la apelación por usted y usted desea continuar recibiendo su <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare>, entonces su <médico/a *or* proveedor/a de atención médica> debe incluir su consentimiento por escrito.

## ¿Qué ocurre después?

Una vez que presente su apelación, nuestro plan le enviará una carta con la decisión de apelación para informarle si la aprobamos o denegamos. Si nuestro plan deniega nuevamente el <servicio/artículo médico*or* medicamento de la Parte B> que se indica en la primera página de esta Carta sobre la decisión de cobertura, en la carta se le informará lo que ocurre después y recibirá información sobre la apelación de Nivel 2 de Medicare o cómo solicitar a California una audiencia imparcial, también llamada Audiencia imparcial estatal.

## Qué hacer si necesita ayuda con su apelación

Puede pedirle a alguien que presente una apelación 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 familiar, amigo/a, abogado/a, médico/a, proveedor/a de atención médica u otra persona de su confianza.

Si desea que alguien presente una apelación en su nombre:

* Llame a nuestro plan al 1-800-559-3500 (TTY: 711) para saber cómo nombrar a esa persona como su representante. O bien, puede ingresar en <https://www.medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me>.
* Usted y su representante deben firmar y fechar una declaración que diga que esto es lo que usted desea.
* Envíenos la declaración firmada por correo o fax a:

SCAN Health Plan

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

Fax: 1-562-989-0958

* Quédese con una copia.

## Obtenga ayuda y más información

* **Servicios para Miembros** de SCAN Health Plan: Llame al 1-800-559-3500 (TTY: 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. También puede ingresar en [www.scanhealthplan.com](http://www.scanhealthplan.com).
* **Oficina de Defensoría del Pueblo del Departamento de Servicios de Salud (DHCS) de California**: Llame al 1-888-452-8609 (TTY: 711). La Oficina de Defensoría del Pueblo puede responder preguntas si tiene un problema con su apelación. También pueden ayudarle a comprender qué hacer a continuación. No están relacionados con nuestro plan, ninguna aseguradora ni plan de salud. Sus servicios no tienen costo.
* **Programa de consejería y abogacía de seguros de salud (HICAP):** Llame:
1-800-434-0222. Los asesores del HICAP pueden ayudarle si tiene problemas con Medicare o para presentar una apelación. El HICAP no está relacionado con ninguna aseguradora ni ningún plan de salud. Sus servicios no tienen costo.
* **Medicare:** Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (los usuarios de TTY pueden llamar al
1-877-486-2048). O puede ingresar en [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).
* **Oficina de Defensoría del Pueblo de Cuidado Administrado y Salud Mental de Medi-Cal:** Llame al 1-888-452-8609.
* **Centro de Derechos de Medicare:** Llame al 1-800-333-4114 o ingrese en [www.medicarerights.org](http://www.medicarerights.org/).
* **Localizador de Cuidados de Personas Mayores**: Llame al 1-800-677-1116 o ingrese en [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov) para buscar ayuda en su comunidad.

Puede obtener este documento sin cargo en inglés, chino o en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-800-559-3500 (TTY: 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. La llamada es gratuita.

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 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.