[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

**Aviso de desestimación de la solicitud de cobertura**

**Fecha:** LETTER\_DATE

**Nombre de la persona inscrita:** MEMBER\_FIRST\_NAME MEMBER\_MIDDLE\_NAME MEMBER\_LAST\_NAME

**Dirección de la persona inscrita:**

MEMBER\_MAILING\_ADD1 MEMBER\_MAILING\_ADD2

MEMBER\_MAILING\_CITY, MEMBER\_MAILING\_STATE MEMBER\_MAILING\_ZIP

**Número de identificación de la persona inscrita:** BSUBSCRIBER\_IDBMEMBER\_SUFFIX

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del plan de salud: SCAN Health Plan | Teléfono: 1-800-559-3500 (TTY: 711) |

Desestimamos la solicitud de cobertura que presentó el<insert date>.

No podemos procesar su solicitud debido a que: <*explain the specific reason for dismissal and what is missing from the request -- e.g., person making the request is not a proper party and there isn’t an appointment of representation (AOR) form. See* [*42 CFR §§ 422.568(g)*](https://www.ecfr.gov/current/title-42/part-422/section-422.568#p-422.568(g))*,* [*422.631(e)*](https://www.ecfr.gov/current/title-42/part-422/section-422.631#p-422.631(e))*,* [*423.568(i)*](https://www.ecfr.gov/current/title-42/part-423/section-423.568#p-423.568(i)) *and the* [*Parts C & D Enrollee Grievances, Organization/Coverage Determinations, and Appeals Guidance*](https://www.cms.gov/medicare/appeals-grievances/prescription-drug) *for when it may be appropriate to dismiss a coverage request.*>

[For inadequate AOR:] El formulario de Nombramiento de representante (AOR) enviado con la solicitud no es válido actualmente. [Free text: Include Why/What is missing in the form to make it invalid (examples: no signature; out of date) is missing.] Envíe un formulario de AOR actualizado.

[For invalid requestor:] La persona o entidad que hizo la solicitud no está autorizada a hacer dicha solicitud por usted sin haber recibido un formulario de Nombramiento de representante (AOR) adecuado. Complete y envíe un formulario AOR actualizado.

[For death – request from physician:] Hemos sido informados que este/a miembro ha fallecido. Comuníquese con SCAN si esta información no es precisa.

[For timely verbal/written request for withdrawal of their initial determination request:] Hemos recibido una solicitud para cancelar la solicitud original.

**Qué hacer a continuación**

**Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de cobertura**, tiene dos opciones:

1. Si cree que hemos desestimado por error su solicitud de cobertura (por ejemplo, cree que <*insert reason* (e.g., you are a proper party)>), puede pedirnos que revisemos nuestra desestimación. Debemos recibir su apelación en la siguiente direccióndentro de los **65 días calendario** posteriores a la fecha de este aviso de desestimación. **Incluya una copia de este *Aviso de desestimación de la solicitud de cobertura*** junto con cualquier información de respaldo con su apelación y explique por qué considera que la desestimación es incorrecta. Comuníquese con nuestro Departamento de Reclamos y Apelaciones para presentar su apelación.

SCAN Health Plan

Attn: Grievance and Appeals Department

P.O. Box 22644

Long Beach, CA 90801-5644

Tel.: 1-800-559-3500

Los usuarios de TTY deben llamar al 711

Fax: 1-562-989-0958

1. Puede pedirnos que anulemos (descartemos) la desestimación. Si determinamos que existe un buen motivo para anular el rechazo debido a <*insert reason* *for finding good cause--e.g., a finding that the person who made the request is a proper party*>, anularemos nuestra desestimación y revisaremos su solicitud de cobertura. Su solicitud para anular este rechazo debe llegar a nuestra oficina a la siguiente dirección dentro de los **6 meses** posteriores a la fecha de este aviso. Incluya una copia de este *Aviso de rechazo de solicitud de cobertura* junto con cualquier información de respaldo que tenga en su solicitud.

[Insert Provider Name, Address, Phone Number]

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese:

Los Servicios para Miembros de SCAN están aquí para ayudar.

Llámelos al 1-800-559-3500 (TTY: 711).

* Horario de atención del 1 de octubre al 31 de marzo: De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
* Horario de atención del 1 de abril al 30 de septiembre: De 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.
* Los mensajes recibidos los días feriados y fuera del horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.

[C: Requesting Provider Name]

 [Requesting Provider Address]

[C: PCP]

 [PCP Address]