# Carta sobre decisión de cobertura

# *IMPORTANTE: Si necesita ayuda con este comunicado, comuníquese con <Plan Name> at <Plan customer service phone number> (TTY: <TTY number>) OR <Ombudsman or other program office> al <phone number> (TTY: <TTY number>)]*

***<*Date of letter*>***

[*Insert Member name*]

Identificación del plan de salud del miembro:

Servicio/artículo sobre el cual trata la carta:

[*Insert additional field(s) as needed or when required by state, such as provider or Member Medicaid ID*]

<Plan name> se denomina “nuestro plan” o “nosotros” en esta carta. Somos un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] para ofrecer cobertura para ambos programas. Nuestro plan coordina sus servicios de Medicare y Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] y sus médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención médica.

### Nuestro plan <denegó *or* denegó parcialmente *or* redujo *or* interrumpió *or* suspendió *or* cambió> [*Insert if applicable*: el pago] del <servicio/artículo médico *or* medicamentos de la Parte B *or* medicamentos de Medicaid> que se indica a continuación:

[*Insert description of medical service/item or Part B drug or Medicaid 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 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 alguno por este** *[insert as applicable:* **servicio/artículo médico** *or* **medicamento de la Parte B** *or* **medicamento de Medicaid***]****.****]*

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

## Tiene derecho a apelar nuestra decisión

Puede apelar la decisión de nuestro plan. Informe a su <médico *or* proveedor de atención médica> sobre esta carta y pregúntele sobre los pasos a seguir. Si apela y nuestro plan cambia la decisión, es posible que paguemos el <servicio*/*artículo médico *or* medicamento de la Parte B *or* medicamento de Medicaid>.

También puede comunicarse al *<plan phone number for appeal requests*> (*TTY*: *<TTY number>*) y solicitar una copia gratuita de la información que utilizamos para tomar nuestra decisión. Puede incluir el historial médico, las pautas, entre otros documentos. Debe mostrar esta información a su <médico *or* proveedor de atención médica> para que le ayude a decidir si debe apelar.

**Puede presentar una apelación 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*]**.** Nuestro plan puede otorgarle más tiempo si tiene una buena razón.

## Hay dos tipos de apelaciones.

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

1. Si presenta una **apelación estándar**, nuestro plan le enviará una decisión en un plazo de [*for a Part B drug, insert:* **7 días calendario** *or for any other medical service/item, insert:* **30 días calendario** *or a shorter timeframe if required by the state*] **después de recibir su apelación**.
2. Si presenta una **apelación rápida**, nuestro plan le enviará una decisión en un plazo de [*insert:* **72 horas** *or a shorter timeframe if required by the state*] **después de recibir su apelación**. Puede presentar una apelación rápida si usted y su <médico *or* proveedor de atención médica> consideran que su salud podría verse **gravemente perjudicada** por esperar hasta [*for a Part B drug, insert:* **7 días calendario** *or for any other medical service/item, insert:* **30 días calendario** *or a shorter timeframe if required by the state*] por una decisión.

Nuestro plan le concederá **automáticamente** una apelación rápida si su <**médico** *or* **proveedor de atención médica**> **presenta una en su nombre** o si su <**médico** *or***proveedor de atención médica**> **respalda su solicitud**. Si presenta una apelación rápida sin respaldo de un <médico *or*proveedor de atención médica>, nuestro plan decidirá si puede recibir una apelación rápida. Si nuestro plan no aprueba una apelación rápida, le comunicaremos una decisión sobre su apelación en un plazo de [*for a Part B drug, insert:* **7 días calendario** *or for any other medical service/item, insert:* **30 días calendario** *or a shorter timeframe if required by the state*].

[*Delete if the letter is for a denial of a Part B drug or if the state does not allow extensions:* Tanto en el caso de las apelaciones estándar como en el de las rápidas, nuestra decisión puede tardar más tiempo si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información de usted. Nuestro plan le enviará una carta y le comunicará si necesitamos más tiempo y cuál es el motivo].

## Cómo apelar

Usted u otra persona a quien haya designado por escrito como representante para actuar en su nombre (como un pariente, amigo o abogado), o su <médico *or* proveedor se atención médica> pueden apelar. Puede comunicarse con nuestro plan para apelar de una de las siguientes formas:

* **Por teléfono:** llame al *<plan phone number for appeal requests>* (TTY: *<TTY number>*)
* **Por fax:** envíe un fax a *<plan fax number for appeal requests>*
* **Por correo:** envíe un correo a *<plan mailing address for appeal requests>*
* [*Insert if appropriate:* **En persona:** entregar en *<plan in-person delivery address>]*

Si apela por escrito, guarde una copia. Si llama, le enviaremos una carta en la que se incluya lo que usted nos dijo por teléfono.

Cuando apela, debe proporcionar a nuestro plan:

* Su nombre.
* Su dirección o una dirección a la que debemos mandar información sobre su apelación. (Si no cuenta con una dirección actual, aun así puede apelar).
* Su número de miembro de nuestro plan.
* Los motivos por los que apela nuestra decisión.
* Si quiere una apelación estándar o rápida. (Para una apelación rápida, indíquenos por qué la necesita).
* Cualquier cosa que quiera que nuestro plan contemple y que demuestre por qué necesita el <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B *or* medicamento de Medicaid>. Por ejemplo, nos puede enviar:
  + Historial médico proporcionado por su <médico *or* proveedor de atención médica>.
  + Cartas de su <médico *or* proveedor de atención médica> (como una afirmación de su <médico *or* proveedor de atención médica> en la que se indique por qué necesita una apelación rápida).
  + Otra información en la que indique por qué necesita el <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B *or* medicamento de Medicaid>.

Para obtener más información sobre cómo apelar, llame a Servicios para miembros al *<toll-free plan Member Services phone number>* (TTY: *<toll-free TTY number>*). Puede encontrar más información en [*insert Evidence of Coverage, Member or Enrollee Handbook, or other term plan uses*], [*p*lans may insert chapter and/or section reference, as applicable] de nuestro plan. Siempre está disponible una copia actualizada de la [*insert Evidence of Coverage, Member or Enrollee Handbook, or other term plan uses*] en nuestro sitio web *<web address>* o llamando a nuestro plan.

## *[Optional to delete this section if the decision relates to a medical service/item or Medicare Part B drug or Medicaid drug that has not been received by the enrollee under a previous authorization of the medical service/item or Medicare Part B drug or Medicaid drug:* Cómo mantener su <servicio*/*artículo médico *or* medicamento de la Parte B *or* medicamento de Medicaid> durante su apelación

Si ya recibe el <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare *or* medicamento de Medicaid> que aparece en la primera página de esta carta, puede solicitar que se lo sigan proporcionando durante su apelación.

* **Debe apelar y solicitar a nuestro plan que se le siga proporcionado el** <**servicio*/*artículo médico** *or* **medicamento de la Parte B de Medicare** *or* **medicamento de Medicaid**> **antes del** [*Insert continuation of benefits request filing date in month, date, year format. Date will be the later of the following: (1) 15 calendar days from date of letter or (2) date the decision takes effect. Insert date in bold text*].
* Consulte la sección “Cómo apelar” más arriba en esta carta para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con nuestro plan.
* Si solicita a nuestro plan que continúe proporcionando el <servicio*/*artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare *or* medicamento de Medicaid> antes del [*Insert continuation of benefits request filing date*], su <servicio*/*artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare *or* medicamento de Medicaid> se mantendrá igual durante su apelación.
* Si su <médico *or* proveedor de atención médica> presenta la apelación en su nombre y usted desea seguir recibiendo el <servicio*/*artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare *or* medicamento de Medicaid>, su <médico *or* proveedor de atención médica> debe incluir su consentimiento por escrito.

## Qué sucede después

Después de apelar, nuestro plan le enviará una carta de decisión sobre la apelación para comunicarle si la aprobamos o la rechazamos. Si nuestro plan sigue denegando [*Insert if applicable*: el pago] del <servicio/artículo médico *or* medicamento de la Parte B de Medicare *or* medicamento de Medicaid> que aparece en la primera página de esta carta de decisión de cobertura, la carta de decisión de apelación le indicará lo que sucederá a continuación, por ejemplo, información sobre una apelación de nivel 2 de Medicare o cómo solicitar a *<state name>* una audiencia imparcial [*Insert if appropriate:* (también llamada *<state-specific term for Fair Hearing>*)].

## Qué hacer si necesita ayuda con su apelación

Puede pedir a alguien que apele por usted y actúe en su nombre. Primero debe designarlos por escrito como su “representante” siguiendo los pasos que se indican a continuación. Su representante puede ser un familiar, un amigo, un abogado, un médico, un proveedor de atención médica o cualquier otra persona de su confianza.

Si quiere que alguien apele por usted:

* Llame a nuestro plan al *<plan phone number for representative requests>* (TTY: *<TTY number>*) para informarse sobre cómo designar a esa persona como su representante. O puede visitar [Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](http://Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me). [*Plans may replace with a plan-specific web address that explains how members can appoint a representative.*]
* Usted y su representante deben firmar y colocar la fecha en una declaración en la que se indique que esto es lo que usted quiere.
* Envíe la declaración firmada por correo o por fax a:

*<plan address for representative requests>*

*<plan fax number for representative requests>*

* Guarde una copia.

## Obtenga ayuda y más información

* **<Plan name> Servicios para miembros:** llame al *<toll-free plan Member Services phone number>* (TTY: *<toll-free TTY number>*), *<days and hours of operation>*. También puede visitar *<plan website>.*
* [*If the state uses an Ombudsman or other enrollee support program, insert the following language, with state-specific information here:* **Defensor del pueblo independiente**: El defensor del pueblo independiente puede responder a sus preguntas si tiene algún problema con su apelación. También pueden ayudar a entender los pasos siguientes. No están relacionados con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Sus servicios son gratuitos].

**Para miembros de 18 a 59 años:**

**Disability Rights Wisconsin (Derechos por Discapacidad en Wisconsin)**

Línea gratuita: 800-928-8778

TTY: 711

[www.disabilityrightswi.org/learn/family-care-and-iris-ombudsman-program](http://www.disabilityrightswi.org/learn/family-care-and-iris-ombudsman-program/)

**Para miembros de 60 años o más:**

**Wisconsin Board on Aging and Long Term Care (Junta sobre el envejecimiento y el cuidado a largo plazo de Wisconsin)**

Línea gratuita: 800-815-0015

TTY: 711

<https://longtermcare.wi.gov/Pages/Ombudsman.aspx>

* **Aging and Disability Resource Center (Centro de Recursos para Adultos Mayores y Personas con Discapacidades, ADRC):** Visite [www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer](http://www.dhs.wisconsin.gov/adrc/consumer) para localizar el ADRC más cercano a usted.
* **State Health Insurance Assistance Program (Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos, SHIP)**: Llame al 800-242-1060 (TTY: 711). Los consejeros de la línea de ayuda de Medigap pueden ayudarlo con los asuntos relacionados con Medicare, incluso cómo presentar una apelación. La línea de ayuda de Medigap no está relacionada con ninguna compañía de seguros ni plan de salud. Sus servicios son gratuitos. <https://longtermcare.wi.gov/Pages/Medigap.aspx>
* **Medicare:** Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días a la semana (los usuarios TTY pueden llamar al 1-877-486-2048). O visite [Medicare.gov](http://www.Medicare.gov).
* **Centro de derechos de Medicare:** Llame al 1-800-333-4114, o visite [www.medicarerights.org](http://www.medicarerights.org/).
* **Eldercare Locator (Localizador de servicios para adultos mayores)**: Llame al 1‑800‑677-1116, o visite [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov) para encontrar ayuda en su comunidad.
* Preguntas sobre medicamentos recetados

**Para miembros de 18 a 59 años:** llame a la línea de ayuda de beneficios de medicamentos para discapacitados al 800-926-4862.

**Para miembros de 60 años o más:** llame a la línea de ayuda de la Parte D y de medicamentos recetados al 855-677-2783.

* [*If applicable, insert other state or local aging/disability resources contact information*.]

Puede obtener este documento gratuitamente en [*Insert, as appropriate*: *<*non-English language(s)> or] otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al *<toll-free phone and TTY numbers, days and hours of operation>*. La llamada es gratuita.

Tiene derecho a recibir la información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una denuncia si cree que ha sido discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame a 1‑800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios TTY pueden llamar al 1‑877-486-2048.

*[Insert appropriate language taglines from* [*https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx*](https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p02057.docx)*]*