Importante: Este aviso le informa de su derecho a apelar nuestra decisión. Lea este aviso con atención. Si necesita ayuda, puede llamar a cualquiera de los números indicados en la última página, en la sección “Obtenga ayuda y más información” (“Get help & more information”).

Aviso de denegación de cobertura médica

(Notice of Denial of Medical Coverage)

{Replace *Denial of Medical Coverage* with *Denegación de pago*, if applicable}

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha:** Date Denial Mailed | **ID de miembro o MCI número de:** Enter Number |
| **Servicio sujeto a aviso:** Insert Service in Question | **Fecha de servicio:** Click here to enter text. |
| **Effective Date of Intended Action:** Enter Date | **Nombre del proveedor: (optional)** Enter Provider Name |

**Nombre:**  Enter Name

**Dirección:** Enter Street Address

Enter City, State, and Zip Code

**Su Choose an item fue Insert appropriate term**

Hemos Insert appropriate term los Insert appropriate term indicados a continuación:

Insert service/item/drug in question

**¿Por qué Choose an item su Choose an item?**

Hemos Insert appropriate term los Insert appropriate term indicados anteriormente porque:

Click here to enter text, include rationale and alternatives

Debe proporcionarle una copia de esta decisión a su médico para que usted y su médico puedan hablar sobre   
los próximos pasos. Si su médico solicitó cobertura en su nombre, le hemos enviado una copia de esta decisión a su médico.

**Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión**

Tiene derecho a pedir a Plan Name que revise nuestra decisión mediante la solicitud de una apelación**.** Si está considerando apelar, póngase en contacto con un especialista en derechos de miembros para obtener ayuda.

**Apelar ante el plan:** Solicite ante Plan Name una apelación durante los **60 días naturales** posteriores a la fecha de este aviso. Podemos concederle más tiempo si existe una razón de peso que le impida cumplir el plazo. Vea la sección titulada: "Cómo solicitar una apelación ante Plan Name" para obtener información sobre cómo solicitar una apelación ante el plan.

**Cómo mantener sus Medicaid servicios mientras revisamos su caso**

Si solicita una apelación antes de Enter effective date of intended action, puede solicitar que sus servicios Medicaid no se reduzcan o finalicen hasta que Plan Name tome una decisión. Si usted pierde su apelación, es posible que deba pagar los servicios adicionales que haya recibido entre el momento en que solicite su apelación y el momento en que Plan Name tome una decisión. No obstante, si esto le causa una gran carga financiera, es posible que no tenga que reembolsar estos gastos.

**Si desea que alguien le represente**

Puede nombrar a un familiar, una amistad, un abogado, un médico u otra persona como su representante. Si desea que alguien le represente, llámenos al: Click here to enter phone number(s) para informarse de cómo nombrar a su representante. TTY Usuarios deben llamar al Click here to enter TTY number. Tanto usted como la persona que desea que le represente deben escribir una declaración confirmando que esto es lo que desea. Esta declaración debe incluir la fecha y las firmas de ambos. Necesitará enviarnos esta declaración por correo postal o fax. Conserve una copia para sus archivos.

**Copia del expediente de su caso**

Tiene derecho a obtener una copia gratuita de la información del expediente de su caso relacionada con esta decisión. El concepto de información se refiere a todos los documentos, registros médicos y otros materiales relacionados con esta decisión, incluida cualquier información nueva o adicional que Plan Name recopile durante su apelación. Para solicitar una copia del expediente de su caso, póngase en contacto con Enter Contact Name al Phone Number.

**Información importante sobre sus derechos de apelación**

**Hay 2 tipos de apelaciones en Plan Name**

**Apelación estándar:** Le informaremos por escrito de nuestra decisión sobre la apelación estándar con respecto a Insert appropriate term en un plazo de Insert appropriate term después de que hayamos recibido su apelación. Para decisiones sobre servicios o artículos, nuestra decisión podría demorarse si solicita una extensión o si necesitásemos más información sobre su caso. Le informaremos en caso de que necesitemos más tiempo y le explicaremos por qué necesitamos más tiempo. (Las extensiones no están disponibles para tomar decisiones sobre Medicare Part B medicamentos). Si su apelación es por el pago de un Insert appropriate term que ya ha recibido, le informaremos de nuestra decisión por escrito en un plazo de **60 días calendario**.

**Apelación rápida:** Le informaremos de la decisión sobre la apelación rápida en un plazo de **72 horas** después de que hayamos recibido su apelación. Puede solicitar una apelación rápida si usted o su médico creen que su salud podría verse gravemente perjudicada al tener que esperar hasta Insert appropriate term para la decisión. No puede solicitar una apelación expedita si nos solicita que le reembolsemos Insert appropriate term que   
ya recibió.

**Aprobaremos una apelación rápida automáticamente si un médico solicita una para usted o si su médico respalda su propia solicitud.** Si solicita una apelación rápida sin el respaldo de un médico, decidiremos si su solicitud requiere una apelación rápida. Si no aprobamos una apelación rápida, le informaremos de nuestra decisión en un plazo de Insert appropriate term.

**Cómo solicitar una apelación ante Plan Name**

**Paso 1:** Usted, su representante, su médico o su proveedor debe solicitarnos una apelación. Llame a specialist phone number para pedirle a un especialista en derechos de miembros que le ayude a presentar una apelación. También puede iniciar el proceso si envía una carta o un formulario de solicitud. Puede obtener el formulario de solicitud a través de Plan Name o una de las agencias ombudsman independientes indicadas al final de este documento. O puede acceder y obtener en línea el formulario en [www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm](http://www.dhs.wisconsin.gov/familycare/mcoappeal.htm).

Su solicitud debe incluir:

* Su nombre
* Address
* Número de miembro
* Motivos por los que apela
* Si desea una apelación estándar o rápida (para una apelación rápida, explique por qué la necesita).
* Cualquier prueba que desee que revisemos, como expedientes médicos, cartas de médicos (como una declaración de respaldo de un médico si solicita una apelación rápida), u otra información que explique por qué usted necesita el Insert appropriate term. Llame a su médico si necesita esta información.

Si solicita una apelación y no cumplió con la fecha límite, puede solicitar una extensión y debe incluir la razón para no haber cumplido el plazo.

Le recomendamos que conserve una copia de todo lo que nos envíe para sus archivos.

**Paso 2:** Envíe por correo postal, fax, correo electrónico o entregue en persona su apelación. También puede llamarnos al número indicado a continuación.

**Para una apelación estándar:** Dirección: Click here to enter text.

Teléfono: Click here to enter phone number

Fax: Click here to enter fax.

Email: Click here to enter email.

Horario del plan

Si solicita una apelación estándar por teléfono, le enviaremos una carta confirmando la información que   
nos facilitó.

**Para una apelación rápida:** Teléfono: Click here to enter phone number.

Fax: Click here to enter fax number.

Email: Click here to enter email.

**¿Qué sucede después?**

Si solicita una apelación y continuamos denegando su solicitud de insert “pago de (payment of)” if applicable un Medicare servicio, le enviaremos la decisión por escrito y enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente. **Si el revisor independiente deniega su solicitud, la decisión por escrito le explicará si dispone de derechos de apelación adicionales.**

Si estáapelando por un Medicaid o Medicare servicio o ayuda no cubierta, no enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente. En cambio, puede solicitar una audiencia estatal justa si no está de acuerdo con nuestra decisión.

|  |
| --- |
| Cómo solicitar una Medicaid audiencia estatal justa  Si Plan Name rechaza su solicitud de apelación, puede seguir los pasos enumerados a continuación para solicitar una audiencia estatal justa.  Paso 1: Usted o su representante deben solicitar una audiencia estatal justa por escrito dentro de los 90 días calendario posteriores a la fecha del aviso que niega su solicitud de apelación.  Su solicitud por escrito debe incluir:   * Su nombre * Address * Número de miembro * Motivos para solicitar una audiencia estatal justa * Cualquier prueba que desee que revisemos, como expedientes médicos, cartas de médicos u otra información que explique por qué usted necesita el artículo o servicio. Llame a su médico si necesita esta información.   **Paso 2:** Envíe su solicitud a:  Request for Fair Hearing  Wisconsin Division of Hearings and Appeals  PO Box 7875  Madison, WI 53707-7875  Fax: 608-264-9885  (If not applicable, delete entire sentence) Se ha enviado una copia de este aviso a: |

**Obtenga ayuda y más información**

* Plan Name

Número gratuito: Click here to enter toll free phone number

TTY Los usuarios deben llamar al: Click here to enter TTY phone number

Horario del plan:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días de la semana. TTY usuarios deben llamar al: 1-877-486-2048
* Medicare Rights Center: 1-888-HMO-9050
* Elder Care Locator: 1-800-677-1116 o [www.eldercare.acl.gov](https://eldercare.acl.gov/) para ayudarle a obtener ayuda en su comunidad
* El especialista en derechos de miembros de Plan Name puede informarle sobre sus derechos, tratar de resolver sus dudas de manera informal y ayudarle a presentar una apelación. El especialista en derechos de miembros **no puede** representarle en una reunión con el Plan Name Comité de quejas y apelaciones o en una audiencia estatal justa. Para contactar a un Plan Name especialista en derechos del miembro, llame al specialist phone number .
* Las personas que reciban PACE servicios pueden obtener ayuda gratuita de una ombudsman independiente. Las agencias indicadas a continuación defienden a miembros de PACE:

**Para miembros de 18 a 59 años de edad:**

**Disability Rights Wisconsin**

Número gratuito: 800-928-8778

TTY: 711

**Para miembros de 60 años de edad y más:**

**Wisconsin Board on Aging and Long Term Care**

Número gratuito: 800-815-0015

TTY: 711

May insert instructions for how enrollees can receive this notice in an alternate language or format from the plan.

**PRA Declaración de**: De acuerdo con Paperwork Reduction Act de 1995, ninguna persona está obligada a responder ante una recopilación de información, excepto si esta contiene un OMB control number. El OMB control number válido para esta recopilación es 0938-0829. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 10 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de los datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de las estimaciones o sugerencias de tiempo para mejorar este formulario, escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo, llame al   
1-800-MEDICARE o envíe un correo electrónico a: AltFormatRequest@cms.hhs.gov