



Aviso de rechazo de la cobertura de seguro médico

{Reemplace *rechazo de la cobertura de seguro médico* con *rechazo de pago*, si corresponde}

Fecha:

Número de asegurado:

Nombre:

[Inserte otra información de identificación, según sea necesario (por ejemplo, el nombre del prestador de servicios médicos, el número de Medicaid del asegurado, el servicio sujeto al aviso, la fecha del servicio)]

La cobertura de sus servicios/artículos médicos {Inserte el término apropiado: se aprobó parcialmente, se rechazó}

Hemos {Inserte el término apropiado: *rechazado, aprobado parcialmente, detenido, reducido, suspendido*} {*el pago de*} {*los artículos/servicios médicos o el medicamento de la Parte B de Medicare o el medicamento de Medicaid*} que se especifica(n) a continuación y que solicitaron usted o su médico [*prestador de servicios médicos*]:

¿Por qué su cobertura {Inserte el término apropiado: se rechazó, se aprobó parcialmente, se detuvo, se redujo, se suspendió}?

Hemos {Inserte el término apropiado: *rechazado, aprobado parcialmente, detenido, reducido, suspendido*} {*el pago de*} {*los artículos/servicios médicos o el medicamento de la Parte B de Medicare o el medicamento de Medicaid*} que se especifica(n) anteriormente debido a que {Describir los motivos específicos de la decisión e incluir estipulaciones de la Evidencia de cobertura o de la ley estatal o federal que respalden esta decisión}:

Comparta una copia de esta decisión con su médico [*prestador de servicios médicos*] y repase los próximos pasos. Si su médico [*prestador de servicios médicos*] solicitó cobertura en su nombre, ya le enviamos una copia de este aviso de rechazo.

Tiene derecho a apelar nuestra decisión

Usted tiene derecho a solicitar a la cobertura Blue Cross Medicare Advantage que revise nuestra decisión mediante la presentación de una apelación dentro de los **65 días calendario** posteriores

a la fecha de este aviso. Si solicita una apelación después de 65 días, debe explicar la demora de su apelación. Consulte "Cómo solicitar una apelación a la cobertura Blue Cross Medicare Advantage" en la próxima página.

Y0096_MAPDDSNPIDN2025v2_C

Si desea que otra persona actúe en su nombre

Puede designar a un familiar, amigo, abogado, médico [*prestador de servicios médicos*] o alguna otra persona para que actúe como su representante. Si desea que otra persona actúe en su nombre, llámenos al <Para coberturas MAPD: 1-877-774-8592 (coberturas individuales); 1-877-299-1008 (coberturas médicas de empleadores)> <Para coberturas DSNP: 877-688-1813 (NM DSNP); 877-895-6437 (TX DSNP); 1-877-774-8592 (OK DSNP)> para saber cómo nombrar a su representante. Los usuarios de TTY deben llamar al <711>.

Información importante sobre su derecho a apelar

Existen 2 tipos de apelaciones con la cobertura Blue Cross Medicare Advantage

Apelación estándar

- **Solicitud de servicio:** Para los servicios que aún no ha recibido, le proporcionaremos una decisión por escrito dentro de {Inserte el plazo apropiado para el producto/servicio médico o medicamento de la Parte B de Medicare: *30 días, 7 días*} después de recibir su apelación. [Inserte para solicitudes de artículos/servicios médicos: *Es posible que demoremos más tiempo en tomar la decisión si solicita una extensión o si necesitamos más información sobre su caso. Le informaremos si demoraremos una cantidad adicional de tiempo y le explicaremos el motivo.*]
- **Solicitud de pago:** Para apelaciones relacionadas con el pago de un {artículo/servicio médico o medicamento de la Parte B de Medicare} que ya recibió, le comunicaremos nuestra decisión por escrito dentro de los 60 días. No puede solicitar una apelación rápida si nos solicita que le reembolsemos el monto de un {*artículo/servicio médico o medicamento de la Parte B de Medicare*} que ya recibió.

Apelación rápida (solo disponible para solicitudes de servicio)

- Le comunicaremos nuestra decisión sobre una apelación rápida dentro de las 72 horas posteriores a la fecha en la que recibamos su apelación. Puede solicitar una apelación rápida si usted o su médico [*prestador de servicios médicos*] consideran que su salud podría verse gravemente afectada al tener que esperar para una apelación estándar.
- Le otorgaremos automáticamente una apelación rápida si un médico [*prestador de servicios médicos*] solicita una en nombre de usted o si respalda su solicitud. Para una apelación rápida sin el respaldo de un médico [*prestador de servicios médicos*], seremos nosotros quienes decidiremos si su solicitud requiere una apelación rápida. Si no le otorgamos una apelación rápida, procesaremos una apelación estándar.

Cómo solicitar una apelación a la cobertura Blue Cross Medicare Advantage

Paso 1: Usted, su representante o su médico [*prestador de servicios médicos*] pueden solicitarnos una apelación. Su solicitud {*escrita*} debe incluir lo siguiente:

- Su nombre
- Dirección
- Número de asegurado de la cobertura
- Motivos de la apelación
- Si presenta una apelación estándar o rápida (en el caso de una apelación rápida, explique por qué necesita una)
- Cualquier evidencia que desee que revisemos, como expedientes médicos, declaraciones de respaldo de médicos u otra información que explique por qué necesita el {*artículo/servicio médico o medicamento de la Parte B de Medicare o medicamento de Medicaid*}

Si solicita una apelación y no cumple con la fecha límite, puede solicitar una extensión; al hacerlo, deberá incluir el motivo por el cual se retrasó.

Conserve una copia de todo lo que nos envía para sus expedientes. Puede solicitar consultar los expedientes médicos y otros documentos que usamos para tomar nuestra decisión antes o durante la apelación. También puede solicitar, de manera gratuita, una copia de las pautas que usamos para tomar nuestra decisión.

Paso 2: Envíe su apelación por correo, teléfono, fax o en línea.

En el caso de una apelación estándar: Dirección postal: <Appeals Department>
<P.O. Box 663099>
<Dallas, TX 75266>

Teléfono: <1-877-774-8592 (coberturas individuales); 1-877-299-1008 (coberturas médicas de empleadores); 1-877-688-1813 (NM DSNP); 1-877-895-6437 (TX DSNP); 1-877-774-8592 (OK DSNP) Los usuarios de TTY deben llamar al: <711>
Fax: <1-800-419-2009>

En el caso de una apelación rápida: Teléfono: <1-877-774-8592 (coberturas individuales); 1-877-299-1008 (coberturas médicas de empleadores); 1-877-688-1813 (NM DSNP); 1-877-895-6437 (TX DSNP); 1-877-774-8592 (OK DSNP)> Los usuarios de TTY deben llamar al: <711>
Fax: <1-800-338-2227>

¿Qué sucede después?

Si solicita una apelación y continuamos rechazando su solicitud de {*pago de*} un {*artículo/servicio médico o medicamento de la Parte B de Medicare o medicamento de Medicaid*}, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente. Si el revisor independiente rechaza su solicitud, le explicaremos en la decisión por escrito si tiene derechos de apelación adicionales.

Obtenga ayuda y más información

- Número para llamadas sin costo de la cobertura Blue Cross Medicare Advantage: <Para coberturas MAPD: 1-877-774-8592 (coberturas individuales); 1-877-299-1008 (coberturas médicas de empleadores)> <Para coberturas DSNP: 877-688-1813 (NM DSNP); 877-895-6437 (TX DSNP); 877-774-8592 (OK DSNP)> Los usuarios de TTY deben llamar al: <711>. Nuestro horario de atención es de <8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama del 1 de abril al 30 de septiembre, durante los fines de semana y días feriados, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz)>.
- **Medicare:** 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048.
- **Medicare Rights Center (Centro de Derechos de Medicare):** 1-888-HMO-9050
- **Eldercare Locator:** 1-800-677-1116 o [Eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx](https://eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx) para encontrar ayuda en su comunidad.

Obtener información en otro formato

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja 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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Declaración sobre divulgación de información según la Ley PRA

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (PRA, en inglés) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una solicitud de información a menos que se exhiba el número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, en inglés). El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-0829. Esta solicitud de información es para el aviso que las coberturas médicas de Medicare deben proporcionar cuando se rechaza una solicitud de servicio médico o pago, en su totalidad o en parte. Se estima que el tiempo necesario para completar esta solicitud de información es un promedio de menos de 10 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, obtener los datos necesarios, y revisar y completar la solicitud de información. Esta solicitud de información es obligatoria en virtud de la Sección 1852(g)(1)(B) de la Ley y la autoridad regulatoria establecida en la Subparte M de la Parte 422 del Título 42, Secciones 422.568, 422.572, 417.600(b) y 417.840 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, en inglés). Si tiene comentarios relacionados con la precisión de los tiempos estimativos o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a esta dirección: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

c.c.p.: <Provider Full Name>

<Provider Address>

<Provider City, Provider State Provider Zip Code>

<Facility Name>

<Facility Address>

<Facility City, Facility State Facility Zip Code>

<Primary Care Physician Full Name>

<Primary Care Physician Address>

<Primary Care Physician City, Primary Care Physician State Primary Care Physician Zip Code>

<Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), ofrece la cobertura HMO en Nuevo México, las coberturas HMO y HMO-POS en Illinois, y las coberturas PPO en Illinois, Montana y Nuevo México. Illinois Blue Cross Blue Shield Insurance Company (ILBCBSIC) ofrece la cobertura HMO en Illinois. HCSC ofrece las coberturas HMO Special Needs Plan y PPO Special Needs Plan en Nuevo México. HCSC Insurance Services Company (HISC) ofrece las coberturas HMO, PPO y Dual Care HMO Special Needs Plan en Texas. HISC ofrece la cobertura PPO en Nuevo México. GHS Insurance Company (GHSIC) ofrece las coberturas HMO y PPO en Texas. HCSC ofrece todas las coberturas HMO y PPO como prestación laboral (grupal) o a través de sindicatos. GHS Health Maintenance Organization, Inc., cuyo nombre comercial es BlueLincs HMO (BlueLincs), ofrece la cobertura HMO en Oklahoma. GHS Insurance Company (GHSIC) ofrece las coberturas HMO Special Needs Plan y PPO en Oklahoma. HCSC, ILBCBSIC, HISC, GHSIC y BlueLincs son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. ILBCBSIC, GHSIC y BlueLincs son organizaciones Medicare Advantage que tienen contrato con Medicare. HCSC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare y con el programa Medicaid de Nuevo México. GHSIC es una organización Medicare Advantage que tiene contratos con Medicare y con el programa Oklahoma Medicaid. HISC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare y con el programa Medicaid de Texas. La posibilidad de solicitar cobertura de estas pólizas depende de la renovación de los contratos.>