

AVISO DE DENEGACIÓN DE PAGO

Fecha:

Número de Identificación del Miembro:

Nombre del beneficiario:

Nosotros, _____
_____, recibimos recientemente una reclamación para: _____

Proporcionados por _____ el _____.

No pagaremos por _____

porque: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SUS DERECHOS DE APELACIÓN

Si desea más información, llámenos o consulte su Evidencia de Cobertura.

¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con esta decisión?

Usted tiene derecho a apelar la decisión. Para ejercer su derecho, debe apelar la decisión por escrito dentro de los 60 días siguientes a la fecha de recibir el aviso. Si tiene algún motivo importante que le impida cumplir con este plazo, podremos darle más tiempo.

¿Quién puede apelar?

Usted o alguna persona que lo represente (**representante autorizado**). Usted puede nombrar a un familiar, amigo, defensor, abogado, médico o cualquier otra persona que actúe en nombre suyo. Otras personas podrían estar autorizadas por la ley estatal para representarlo.

Usted puede llamarnos al: (____)_____ para averiguar cómo designar un representante autorizado. [Si tiene algún impedimento auditivo o del habla, llame al TTY/TTD (____)_____].

Si desea que alguien lo represente, usted y su representante autorizado deben enviarnos una declaración en la que se indique que lo ha nombrado como su representante, la misma debe estar firmada y fechada.

¿Cómo presento una apelación?

Usted o su representante autorizado debe enviar por correo o entregar la solicitud de apelación a la dirección indicada abajo:

Le informaremos sobre nuestra decisión a más tardar a los 60 días después de recibir la solicitud de apelación.

¿Qué debo enviar con mi apelación?

Usted debe incluir: su nombre, dirección, número de identificación, el motivo de su apelación y cualquier evidencia que quiera adjuntar. Puede enviar informes médicos, cartas del médico u otra información que contribuya a su caso. Si necesita este tipo de información, pídasela a su médico. Puede enviar la documentación por correo o entregarla en persona.

¿Cuál es el paso siguiente?

Si usted apela una decisión, nosotros evaluaremos el caso nuevamente. Si después de hacerlo, aún seguimos denegando el pago, Medicare designará a una persona imparcial que no pertenezca al Plan de Salud de Medicare para que analice el caso. Si no está de acuerdo con dicha decisión, tendrá otros derechos de apelación que le serán notificados.

Para comunicarse con nosotros:

Si necesita ayuda o información llámenos al:

Número sin cargos:

TTY:

Otros recursos para ayudarle:

Medicare Rights Center
Número sin cargos: 1-888-HMO-9050

Elder Care Locator
Número sin cargos: 1-800-677-1116

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY: 1-877-486-2048

Forma No. CMS-10003 (NDP)

Fecha Exp. 08/31/2010

Según el Acta de Reducción de Papel de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que incluya un número de control válido del OMB. El número de control válido del OMB para esta recopilación de información es 0938-0829. El tiempo requerido para distribuir esta recopilación de información es de 6.3 a 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo de escoger la forma pre-impresa, reunir la información necesaria, completar la forma y entregarla al subscriptor. Si usted tiene algún comentario con respecto a la precisión de los estimados de tiempo o sugerencias para mejorar esta forma, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.