



# Blue Cross Medicare Advantage<sup>SM</sup> Plan

<c/o Member Services>

<P.O. Box 4555>

<Scranton, PA 18505>

**Importante:** En este aviso se explica su derecho a apelar nuestra decisión. Lea este aviso detenidamente. Si necesita ayuda, puede llamar a uno de los números que figuran en la última página, en la sección “Obtener ayuda y más información”.

## Aviso de negación de la cobertura de seguro médico

{Reemplace *Negación 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, número de Medicaid del asegurado, servicio sujeto a aviso, fecha del servicio)]

**Su solicitud {inserte el término apropiado: *se aprobó parcialmente, se rechazó, se detuvo, se redujo, se suspendió*}**

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

### ¿Por qué rechazamos su solicitud?

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

Debe presentar una copia de esta decisión a su médico, de modo que juntos puedan decidir cuáles son los pasos a seguir. Si su médico solicitó la cobertura en nombre de usted, le hemos enviado una copia de esta decisión.

Y0096\_MAPDDSNPIDN2024\_C

## Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión

Usted tiene derecho a solicitar a la cobertura Blue Cross Medicare Advantage que revise nuestra decisión al solicitarnos una apelación.

**Apelación a la aseguradora:** Solicite a la cobertura Blue Cross Medicare Advantage una apelación dentro de los **60 días** posteriores a la fecha de este aviso. Podemos brindarle más tiempo si tiene un buen motivo para no cumplir con la fecha límite. Consulte la sección con el título “Cómo solicitar una apelación a la cobertura Blue Cross Medicare Advantage” para obtener información sobre cómo solicitar una apelación a la aseguradora.

## Si desea que otra persona actúe en su nombre

Puede designar a un familiar, amigo, abogado, médico o alguna otra persona para que actúe como su representante. Si desea que otra persona actúe en su nombre, llámenos al: <Si es MAPD 1-877-774-8592 (coberturas particulares); 1-877-299-1008 (coberturas a través de un empleador)> <Si es DSNP 877-688-1813 (DSNP de Nuevo México); 877-895-6437 (DSNP de Texas)> para saber cómo nombrar a su representante. Los usuarios de TTY deben llamar al <711>. Tanto usted como la persona que desea que actúe en su nombre deben firmar y fechar una declaración, en la que deberán confirmar que esto es lo que desean. Deberá enviarnos esta declaración por correo o fax. Guarde una copia para sus registros.

## Información importante sobre su derecho a apelar

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

**Apelación estándar:** Le comunicaremos nuestra decisión por escrito sobre una apelación estándar dentro de los {inserte el plazo apropiado para el producto/servicio médico o medicamento de la Parte B: **30 días, 7 días**} posteriores a la fecha en la que recibamos su apelación. 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. Si su apelación está relacionada con el pago de un {producto/servicio médico o medicamento de la Parte B} que ya recibió, le comunicaremos nuestra decisión por escrito dentro de los **60 días**.

**Apelación rápida:** 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 consideran que su salud podría verse gravemente afectada al tener que esperar hasta 30 días para conocer la decisión. No puede solicitar una apelación acelerada si nos está solicitando que le reembolsemos el monto del {producto/servicio médico o medicamento de la Parte B} que ya recibió.

**Le otorgaremos automáticamente una apelación rápida si un médico solicita una en nombre de usted o si su médico respalda su solicitud.** Si solicita una apelación rápida sin el respaldo de un médico, seremos nosotros quienes decidiremos si su solicitud requiere una apelación rápida. Si no le otorgamos una apelación rápida, le comunicaremos una decisión dentro de los 30 días posteriores.

## Cómo solicitar una apelación a la cobertura Blue Cross Medicare Advantage

**Paso 1:** Usted, su representante o su médico deben solicitarnos una apelación. Su solicitud escrita debe incluir lo siguiente:

- Su nombre
- Dirección
- Número de asegurado
- 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, cartas de médicos (como la declaración de respaldo de un médico si solicita una apelación rápida) u otra información que explique por qué necesita el {producto/servicio médico o medicamento de la Parte B o medicamento de Medicaid}. Comuníquese con su médico si necesita obtener esta información.

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

Le recomendamos que guarde una copia de todo lo que nos envíe para sus registros. Puede solicitar consultar los expedientes médicos y otros documentos que usamos para tomar nuestra decisión antes o durante la apelación. Sin costo alguno, también puede solicitar una copia de las pautas que usamos para tomar nuestra decisión.

**Paso 2:** Enviarnos su apelación por correo, fax o personalmente.

**En el caso de una apelación estándar:** Dirección postal: Plan Blue Cross Medicare Advantage  
<Appeals Department>  
<P.O. Box 663099>  
<Dallas, TX 75266>

Teléfono: <1-877-774-8592 (coberturas particulares); 1-877-299-1008 (coberturas a través de un empleador)> 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 particulares); 1-877-299-1008 (coberturas a través de un empleador) > 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 {*producto/servicio médico o medicamento de la Parte B 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: <Si es MAPD 1-877-774-8592 (coberturas particulares); 1-877-299-1008 (coberturas a través de un empleador)> <Si es DSNP 877-688-1813 (DSNP de Nuevo México); 877-895-6437 (DSNP de Texas)> 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)>.
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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 (localizador de atención para ancianos): 1-800-677-1116 o [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov) para encontrar ayuda en su comunidad.

<Nombre completo del profesional médico>

<Dirección del profesional médico>

<Ciudad del profesional médico, estado del profesional médico, código postal del profesional médico>

<Nombre del centro>

<Dirección del centro>

<Ciudad, estado código postal del centro>

<Nombre completo del médico de atención primaria>

<Dirección del médico de atención primaria>

<Médico de atención primaria, estado del médico de atención primaria, código postal del médico de atención primaria>

<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 la cobertura 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 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 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 la cobertura HMO Special Needs Plan y la cobertura 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 New Mexico Medicaid. GHSIC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare y con el programa Oklahoma Medicaid. HISC es una organización Medicare Advantage que tiene contrato con Medicare y con el programa Texas Medicaid. La posibilidad de solicitar cobertura de estas pólizas depende de la renovación de los contratos.>

**Declaración de divulgación de PRA** De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (PRA, en inglés) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una solicitud de información, a menos que esté identificada con un 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 es 0938-0829. Se estima que el tiempo necesario para completar esta solicitud de información es un promedio de 10 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes y obtener los datos necesarios, y completar y revisar la solicitud de información. Si tiene comentarios relacionados con la precisión de los tiempos estimativos o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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.