* [*As required by 42 CFR 422.633(f)(4), plans must send a notice when denying a member’s plan-level integrated appeal. This is a model notice that meets regulatory requirements.*]
* [*Instructions to plans appear in blue italicized text and brackets* [ ] *and are only for plan use. Plans must ensure that no blue italicized text remains* *and that blue non-italicized text is changed to black text in the letter that plans send to members*.]
* [*The letter contains text in pointed brackets < > when the plan must insert particular information into the document, and it is:*
  + *Based on the specific situation involved – for example, the appropriate term to be inserted depends on the situation, or*
  + *Specific to the individual letter – for example, an effective date or deadline date*]
* [*Plans should modify the letter as needed to describe the plan’s rules and benefits.*]
* [*Plans may modify the language in the letter, as applicable, to address state-specific Medicaid benefits and procedures.*]
* [Where the template instructs inclusion of a phone number, plans should insert the most appropriate plan number. Only the plan’s Member Services phone and TTY numbers are required to be toll-free.]
* [If plans do not use the term “Member Services,” plans should replace it with the term they use.]
* [*Plans should revise references to “Fair Hearing” to use the state-specific name for the program throughout the letter. If the state-specific name does not include the word “Fair Hearing,” plans should add “(Fair Hearing)” after the first reference of the state-specific name*.]
* [Plans should ensure plan-customized text is in plain language.]
* [Plans may place a hyperlink or a QR code in the letter where appropriate to provide an option for members to go online.]

Carta sobre Decisión de Apelación

<**Date of Letter**>

[*Insert Member name*]

Número de identificación del miembro:

Servicio/artículo relacionado con esta carta:

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

En esta carta nos referimos a <Plan name> como “nuestro plan” o “nosotros.” Somos un plan de salud que contrata con Medicare y Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] para proporcionar la cobertura para ambos programas. Nuestro plan coordina sus servicios de salud de Medicare y Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] así como sus médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de atención de la salud.

**Nuestro plan** <**denegó** *or* **parcialmente denegó**>**la apelación que recibimos el** <**date appeal received**> **por** [*Insert if applicable****:* el pago del**]<**servicio** *or* **artículo**> **antes mencionado.**

Nuestro plan tomó esta decisión porque [*Provide a specific denial reason and a concise explanation of why the service/item was denied. Include citations of applicable state and federal rule, law, and/or regulation that support the decision. The plan may also include Evidence of Coverage/Member or Enrollee Handbook provisions and plan policies/procedures or assessment tools used to support the decision. Write the explanation in plain language and give, at a minimum, a basic explanation of the reasoning behind the action in the simplest language possible without losing meaning; do not include coding or technical terms, nomenclature, or other system-based or otherwise internal plan designations without appropriate explanation of the terms.*].

**Nuestro plan** [*include one of the following as applicable:*

**limitará el número de** <**horas** *or* **días**> **autorizados para su** [***insert name of service or item***] **a** [***insert number of hours or days***]<**horas** *or* **días**>**, el** [***insert effective date***]**.**

*or*

**reducirá** [***insert name of service or item***] **que usted recibe de** [***insert number of hours or days***] <**horas** *or* **días**> **a** [***insert number of hours or days***] <**horas** *or* **días**>**, el** [***insert effective date***]**.**

*or*

**parará** [***insert name of service or item***] **que usted está recibiendo, el** [***insert effective date***]**.**

*or*

**no cubrirá** [***insert name of service or item***]**.**

*or*

**suspenderá** [***insert name of service or item***]**, el** [***insert effective date***]**.**

*or*

[***insert explanation of action***]**, el** [***insert effective date***]**.**]

# Usted puede apelar nuevamente

Si usted apela nuevamente, esto se llamaría una apelación de **Nivel 2**. Muéstrele esta carta a su <doctor *or* proveedor de cuidado de salud> y pregúntele cuales son los próximos pasos.

Usted también puede llamar al <plan phone number for appeal requests> (TTY: <TTY number>) y pedirnos una copia gratuita de la información que usamos para tomar nuestra decisión. Esto puede incluir registros de salud, directrices, y otros documentos. Usted debería mostrar esta información a su <doctor *or* proveedor de cuidado de salud> para que le ayude a decidir si debería apelar nuevamente.

# Cómo funciona el proceso de una apelación de Nivel 2

[*Insert one of the following sets of paragraphs as applicable:*]

[*Insert for a* ***Medicare-only*** *covered service or item:* Usted no tiene que hacer nada. Nuestro plan le enviará su apelación a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, por sus siglas en inglés) **automáticamente** para una apelación del Nivel 2. El IRE es una organización que no tiene relación con nuestro plan. El IRE lo va a contactar para que pueda proveerle más información sobre su apelación. **El IRE le enviará por correo,** **una respuesta en los próximos 30 días calendario desde la fecha en que reciban su apelación. En algunos casos podría ser antes.**]

[*Insert for a* ***Medicaid-only*** *covered service or item:* Usted puede solicitar al estado de <state name>por una apelación de Nivel 2, la cual llamamos Audiencia Justa del Estado. Una agencia de Audiencias Justas del Estado no relacionada a <plan name> revisará su caso y tomará una decisión sobre su apelación.

* Para pedir una Audiencia Justa del Estado usted [*Insert state-specific instructions for Medicaid State Fair Hearings, including the information that members should submit, dates and timelines for submission, information on naming a representative, methods that members can use to request a State Fair Hearing (written, telephone, etc.), and who to contact for questions about the process. Also include key dates in bold and instructions for requesting expedited appeals if applicable. The text must be in plain language and must be in the form of a description or statement written to be understandable to a layperson (to the extent possible).*].
* Si usted está pidiendo una Audiencia Justa del Estado, [Insert state-specific process information here about what happens when a member requests a State Fair Hearing. The text must be in plain language and must be in the form of a description or statement written to be understandable to a layperson (to the extent possible).].]

[*Insert if the state has an external review process and the service or item appealed is appropriate for the state external review:* En <state name>, usted también puede pedir <name of state external review>. Nuevamente, una organización no relacionada a <plan name> revisará su caso y tomar una decisión sobre su apelación. [*The plan may insert a description of how a state external review differs from a State Fair Hearing. The text must be in plain language and must be in the form of a description or statement written to be understandable to a layperson (to the extent possible).*]

* Para pedir una revisión por <name of state external review entity>,usted [*Insert state-specific instructions for external review entity if applicable, such as the information that members should submit, dates and timelines for submission, information on naming a representative, methods that members can use to request an external review entity (written, telephone, etc.), and who to contact for questions about the process. Also include key dates in bold and instructions for requesting expedited appeals if applicable. The text must be in plain language and must be in the form of a description or statement written to be understandable to a layperson (to the extent possible).*].
* Si va a pedir una revisión por <name of state external review entity>, [*Insert state-specific process information here about what happens when a member requests a state external review. The text must be in plain language and must be in the form of a description or statement written to be understandable to a layperson (to the extent possible).*].]

[*Insert for a service or item covered by* ***both Medicare and Medicaid****:* Algunas veces el <servicio *or* artículo> mencionado en la primera página de esta carta puede ser cubierto lo mismo por Medicare que por Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*]. Medicare y Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] tienen diferentes reglas cuando van a cubrir su <servicio *or* artículo>. Nuestro plan no revisa apelaciones de Nivel 2, de manera que dos organizaciones no relacionadas con <plan name> pueden revisar su caso. Lea cuidadosamente la información que le envíen estas organizaciones. Sus revisiones pueden pasar a la misma vez:

* **La Entidad de Revisión Independiente de Medicare** (IRE, por sus siglas en inglés). Debido a que Medicare podría cubrir su <servicio *or* artículo>, nuestro plan enviará su caso **automáticamente** al IRE de Medicare para una apelación de Nivel 2. El IRE lo contactará para que pueda darle más información sobre su apelación. **El IRE le enviará una respuesta por correo en los próximos 30 días calendario desde la fecha en que reciban su apelación. En algunos casos podría ser antes.**
* **El estado de** <**state name**>**.** Debido a que Medicaid [*Replace with state-specific term for Medicaid, if applicable*] podría cubrir su <servicio *or* artículo>, usted también puede pedirle al estado de <state name> una apelación de Nivel 2, la cual llamamos una Audiencia Justa del Estado. Una agencia de Audiencias Justas del Estado no relacionada a <plan name> revisará su caso y tomará una decisión sobre su apelación.
  + Para pedir una Audiencia Justa del Estado, usted [*Insert state-specific instructions for Medicaid State Fair Hearings, including the information that members should submit, dates and timelines for submission, information on naming a representative, methods that members can use to request a State Fair Hearing (written, telephone, etc.), and who to contact for questions about the process. Also include key dates in bold and instructions for requesting expedited appeals if applicable. The text must be in plain language and must be in the form of a description or statement written to be understandable to a layperson (to the extent possible).*].
* Si va a pedir una Audiencia Justa del Estado, [Insert state-specific process information here about what happens when a member requests a State Fair Hearing. The text must be in plain language and must be in the form of a description or statement written to be understandable to a layperson (to the extent possible).].]

[*Insert if the state has an external review process and the service or item appealed is appropriate for the state external review:* En <state name>, usted también puede pedir <name of state external review>. Nuevamente, una organización que no está relacionada con <plan name> revisará su caso y tomará una decisión sobre su apelación. [*The plan may insert a description of how a state external review differs from a State Fair Hearing. The text must be in plain language and must be in the form of a description or statement written to be understandable to a layperson (to the extent possible).*].

* Para pedir una revisión por <name of state external review entity>, usted[*Insert state-specific instructions for external review entity if applicable, such as the information that members should submit, dates and timelines for submission, information on naming a representative, methods that members can use to request an external review entity (written, telephone, etc.), and who to contact for questions about the process. Also include key dates in bold and instructions for requesting expedited appeals if applicable. The text must be in plain language and must be in the form of a description or statement written to be understandable to a layperson (to the extent possible).*].
* Si va a pedir una revisión por <name of state external review entity>, [*Insert state-specific process information here about what happens when a member requests a state external review. The text must be in plain language and must be in the form of a description or statement written to be understandable to a layperson (to the extent possible).*].]

Para obtener más información sobre una apelación de Nivel 2, llame al <plan phone number for appeal requests> (TTY: <TTY number>). También puede encontrar más información en [*insert* la *Evidencia de Cubierta,* el *Manual del Miembro**or* el *Manual del Beneficiario, or other term plan uses*],[*p*lans may insert chapter and/or section reference, as applicable] de nuestro plan. En nuestra página web, visitando <web address>, usted siempre podrá encontrar la copia más reciente de [*insert* *la Evidencia de Cubierta, el Manual del Miembro**o Beneficiario, or other term plan uses*], o llamando a nuestro plan.

# Qué pasará con su <servicio *o* artículo> durante su apelación de Nivel 2

[*Insert one of the following sets of paragraphs as applicable:*]

[*Insert for a* ***Medicare-only*** *covered service or item:* Usted **no** continuará recibiendo este <servicio *or* artículo> de parte de nuestro plan durante el proceso de apelación de Nivel 2 con el IRE, incluso si usted continuó recibiendo su <servicio *or* artículo> mientras su plan revisaba su primera apelación.]

[*Insert for a service or item covered* ***by Medicaid or by both Medicare and Medicaid****:* Usted podría continuar recibiendo su <servicio *or* artículo> durante su apelación de Nivel 2 si ambas de estas condiciones aplican:

* Usted cualificó para continuar recibiendo su <servicio *or* artículo> mientras nuestro plan revisaba su primera apelación.
* Usted tiene hasta[***insert specific State Fair Hearing filing date in month, date, year format – 10 calendar days from the date of letter or other timeframe required by the state. Insert deadline date in bold text.***]para pedir una Audiencia justa del Estado.

Si su <servicio *or* artículo> continúa durante su apelación de Nivel 2, usted podrá continuar recibiendo el <servicio *or* artículo> hasta que pase una de las siguientes:

* Usted retira su apelación; o
* Usted pierde en su Audiencia Justa.]

[*Insert if the state allows for recovery of costs incurred during the State Fair Hearing process when the State Fair Hearing decision is adverse to the member:* Si usted pide una Audiencia Justa del Estado, y pide continuar recibiendo el <servicio *or* artículo> durante la Audiencia Justa del Estado:

* **Usted no tendrá que pagar** por <servicio *or* artículo> que ya usted recibió mientras nuestro plan revisaba su apelación.
* **Nuestro plan tiene que pagar** por el <servicio *or* artículo> que usted recibió durante el proceso de Audiencia Justa del Estado.
* **Puede ser que usted tenga que pagar** por el <servicio *or* artículo> que usted recibió durante el proceso de la Audiencia Justa del Estado si usted pierde en su Audiencia Justa.
* [*Insert any other state-specific information about recovery of costs during the State Fair Hearing stage.*]]

# Obtenga ayuda y más información

* <**Plan name**> **Departamento de Servicios al Miembro:** 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 member support program, insert the following language, with state-specific information here: <***Name of program office**>**:** Llame al <phone number> (TTY: <TTY number>). <Name of program office> puede responder a preguntas si usted tiene algún problema con su apelación. También pueden explicarle lo que hacer después. Ellos no tienen relación con nuestro plan, con ninguna compañía de seguros, u otro plan de salud. Sus servicios son gratuitos.]
* *<***Name of State Health Insurance Assistance Program (SHIP) office***>***:** Llame al <phone number> (TTY: <TTY number>). Los asesores de <Name of SHIP program> pueden ayudarle con asuntos de Medicare, e incluso pueden responder a preguntas si usted tiene algún problema con su apelación. <Name of SHIP program> no tiene relación con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Sus servicios son gratuitos.
* **Medicare:** Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana (los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048). O visite [es.Medicare.gov](https://es.medicare.gov/).
* <**Medicaid/state Medicaid program name**>**:** Llame al <phone number> (TTY: <TTY number>).
* **Centro de Derechos de Medicare:** Llame al 1-800-333-4114 y presione el “8” cuando oiga el mensaje del operador, o visite [www.medicarerights.org](https://www.medicarerights.org/programs/national-helpline).
* **Servicio de Localización de Cuidado para Personas Mayores:** Llame al 1-800-677-1116, o visite [www.eldercare.acl.gov](http://www.eldercare.acl.gov) para encontrar ayuda en su comunidad.
* [*If applicable, insert other state or local aging/disability resources contact information.*]

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