

Solicitud de redeterminación de denegación de cobertura para medicamentos con receta de Medicare

Debido a que Elderplan negó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento con receta, usted tiene el derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura para medicamentos con receta de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Nos puede enviar este formulario por correo o fax:

Elderplan
C/o CVS Caremark
P.O. Box 52000, MC109
Phoenix, AZ 85075-2000
Número de fax: 1-855-633-7673

También puede solicitar una apelación en nuestro sitio web en www.elderplan.org. Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden realizarse llamando al: 1-866-490-2102.

Quién puede solicitar una determinación: la persona autorizada a dar recetas puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un miembro de la familia o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Para obtener información sobre cómo nombrar a un representante, póngase en contacto con nosotros.

Información del inscrito

Nombre del inscrito _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del inscrito _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación del plan del inscrito _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza la solicitud no es el inscrito:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el inscrito _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para las solicitudes de apelación realizadas por una persona que no sea el inscrito ni la persona autorizada a dar recetas del inscrito:

Adjunte la documentación que certifique la autorización para representar al inscrito (un Formulario CMS-1696 de Autorización para representación completo o un documento equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, póngase en contacto con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Medicamento con receta que solicita:

Nombre del medicamento: _____ Concentración/cantidad/dosis: _____

¿Compró el medicamento cuya apelación está pendiente? Sí No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de compra: _____ Monto pagado: \$ _____ (adjunte copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información sobre la persona autorizada a dar recetas

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o la persona autorizada a dar recetas creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, pueden solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona autorizada a dar recetas indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente tomaremos una decisión dentro de las 72 horas. Si no obtiene el respaldo de la persona autorizada a dar recetas para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si pide un reembolso para un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 72 HORAS. Si tiene una declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas, adjúntela a esta solicitud.

Explique las razones de la apelación. Adjunte páginas adicionales, si fuera necesario. Adjunte toda la información adicional que crea que puede ayudar con su caso, como una declaración de la persona autorizada a dar recetas y registros médicos relevantes. Quizás desee consultar la

explicación que proporcionamos en el Aviso de denegación de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Firma de la persona que solicita la apelación (el inscrito, la persona autorizada a dar recetas o el representante del inscrito):

Fecha:

