



Solicitud de apelación de una denegación de autorización de Aetna Medicare Advantage Plan

Dado que Aetna (o uno de nuestros delegados) denegó su solicitud de cobertura de un producto o servicio médico o de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a solicitarnos una apelación de nuestra decisión. Tiene 65 días calendario a partir de la fecha de la denegación para solicitarnos una apelación. Debe enviarnos este formulario por correo o fax usando la información a continuación:

Dirección:

Aetna Medicare Appeals
PO Box 14067
Lexington, KY 40512

Número de fax:

1-724-741-4953

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en www.aetnamedicare.com. Puede realizar solicitudes de apelación acelerada por teléfono llamando al [1-888-267-2637](tel:1-888-267-2637) (TTY: [711](tel:1-888-267-2637)).

Quién puede realizar una solicitud: Su médico puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, dicha persona debe ser su representante. Para obtener información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con nosotros al [1-888-267-2637](tel:1-888-267-2637), (TTY [711](tel:1-888-267-2637)), de 08:00 a. m. a 09:00 p. m., de lunes a domingo.

Información del miembro inscrito

Nombre del miembro inscrito		Fecha de nacimiento
Dirección del miembro inscrito		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono principal ()	N.º de identificación de plan del inscrito	
Teléfono celular ()	Teléfono alternativo ()	

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

Nombre del solicitante		Relación del solicitante con el miembro inscrito
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono ()	Número de fax ()	
Teléfono celular ()	Teléfono alternativo () Ext.	

Documentación de representación para solicitudes de apelación realizadas por un tercero que no es el miembro inscrito o el médico del miembro inscrito: Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al miembro inscrito (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completo o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al **1-800-Medicare**, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Nota importante: Decisiones aceleradas

Puede solicitar una decisión acelerada (rápida) si usted o su médico creen que esperar 30 días calendario para obtener una decisión estándar sobre un producto o servicio médico o 7 días calendario para obtener una decisión estándar sobre un medicamento con receta de la Parte B de Medicare podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de recuperar la función máxima. Si su médico le indica que esperar 30 días calendario por un producto o servicio médico o 7 días calendario por un medicamento con receta de la Parte B de Medicare podría poner en grave peligro su salud, le daremos automáticamente una decisión en un plazo de 72 horas. Si no obtiene el respaldo del médico para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS. Si tiene una declaración de respaldo de su médico, adjúntela a esta solicitud.

Explique los motivos de su apelación.

Adjunte páginas adicionales si es necesario. Adjunte toda la información adicional que considere que puede colaborar con su caso, como una declaración de su médico y los registros médicos relevantes. Le recomendamos consultar la explicación que proporcionamos en la denegación.

[This area contains 14 horizontal lines for providing additional information.]

Firma de la persona que solicita la apelación (el miembro inscrito o el médico o representante del miembro inscrito)	Fecha
--	--------------