Solicitud de redeterminación de rechazo de medicamento recetado de Medicare

Ya que nosotros, SilverScript Insurance Company, denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, usted tiene el derecho de pedirnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare para pedirnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:
Aetna Medicare Part D Appeals & Grievances
P.O. Box 14579
Lexington, KY 40512

Número de fax:
1-724-741-4954

También puede pedirnos una apelación a través de nuestro sitio Web en www.silverscript.com.
Las solicitudes expeditas de apelación pueden hacerse por teléfono al 1-833-620-8808, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Quién puede hacer una solicitud: Su proveedor puede solicitar una apelación de parte de usted. Si desea que otra persona (tal como un familiar o un amigo) solicite una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar a un representante.

Información del miembro

Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del miembro _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Teléfono _____ No. de ID del miembro _____

Llene la siguiente sección SÓLO si la persona que presenta la solicitud no es el miembro inscrito:

Nombre de la persona que presenta la solicitante _____

Relación con el miembro _____

Dirección _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Teléfono _____

<u>La documentación de representación para solicitudes de apelación deben hacerse por alguien que no sea el miembro o el médico del miembro:</u>

Adjunte la documentación que muestra la autoridad de representar al miembro (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completo o un equivalente escrito) si no fue presentado al nivel de la determinación de cobertura. Para más información sobre la designación de un representante, llame a su plan o al 1-800-Medicare, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al: 1-877-486-2048

Medicamento recetado que solicita: _____

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

¿Ha comprado el medicamento mientras la apelación está en curso? ☐ Sí ☐ No

De ser "sí": Fecha de compra: _____ Monto pagado: $_____ (adjunte copia del recibo)

Nombre y teléfono de la farmacia: _____

Información del profesional de salud

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio _____

Nota importante: Decisiones sin demora
Si usted o su médico cree que esperar 7 días para una decisión estándar podría poner en peligro seriamente su vida, su salud o habilidad de recobrar sus plenas funciones, puede pedir una decisión sin demora (rápida). Si su profesional de salud indica que el esperar 7 días podría poner en serio peligro su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las siguientes 72 horas. Si no recibe el apoyo de su profesional de salud, la organización de revisión independiente decidirá si su condición de salud requiere de una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación rápida si nos pide que le paguemos por un medicamento que usted ya recibió.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS SIGUIENTES 72 HORAS**. (**Si tiene una declaración de soporte de su médico, adjúntela a esta solicitud.**

Explique las razones de su apelación. Adjunte páginas adicionales, de ser necesario. Adjunte cualquier información adicional que crea que pueda ayudar su caso, tal como una declaración de su profesional de salud y expedientes médicos relevantes. Quizás quiera consultar la explicación provista en el Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare y hacer que su médico envíe los criterios de cobertura del Plan, si están disponibles, como se indica en la carta de denegación o en otros documentos del Plan. Se necesitará la opinión de su médico para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el Plan no son médicamente apropiados para usted.

_____

_____

_____

Firma de la persona que solicita la apelación (el miembro, o el su representante):

_____ **Fecha:** _____

El formulario y/o la red de farmacias podrían cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.