Nombre del plan: (Check One)
- ☐ SilverScript Choice (PDP)
- ☐ SilverScript Plus (PDP)
- ☐ SilverScript SmartRx (PDP)

ID del formulario: (Check One)
- ☐ 21107 Choice
- ☐ 21108 Plus
- ☐ 21109 SmartRx

ID del contrato: S5601

ID del plan: _____

Solicitud de reconsideración de rechazo de medicamento recetado de Medicare

Tiene derecho a solicitar una revisión independiente de la decisión de su plan de medicamentos de Medicare respecto al rechazo a cubrir o pagar un medicamento recetado que usted solicitó. Use este formulario para solicitar una revisión independiente de la decisión del plan sobre su medicamento. **Puede también presentar una solicitud en línea en c2cinc.com//Appellant-Signup.**

- Puede solicitar una revisión independiente dentro de los 65 días de la fecha del Aviso de redeterminación del plan.
- El emisor de la receta puede presentar una solicitud de reconsideración en nombre suyo sin tener designado un representante. Si usted desea que otra persona la presente en nombre suyo (por ejemplo, un pariente o un amigo), debe designar a esa persona como su representante.

Información de miembro del plan

Nombre del miembro: _____

Número de Medicare: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Información de la receta y del emisor de la receta

Medicamento recetado que usted le pidió al plan que cubriera: _____

_____

Nombre del emisor de la receta: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono del consultorio: _____

Fax del consultorio: _____

Persona de contacto en el consultorio: _____

¿Necesita una decisión sin demora (rápida)?

☐ **Marque esta casilla si cree que necesita una decisión dentro de las siguientes 72 horas.** Si tiene una declaración justificativa provista por el emisor de la receta, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o el emisor de la receta creen que el esperar una decisión estándar (provista en 7 días) podría poner en serio peligro su vida, su salud o su capacidad de recobrar sus funciones a pleno, puede solicitar una decisión sin demora (rápida).

- Si el emisor de la receta indica que el esperar 7 días podría poner en serio peligro su vida, su salud o su capacidad de recobrar sus funciones a pleno, la organización de revisión independiente automáticamente le dará una decisión dentro de las siguientes 72 horas. Este plazo podría extenderse por hasta 14 días calendario si su caso tiene que ver con una solicitud de excepción y no recibimos la declaración justificativa del emisor de la receta en apoyo a la solicitud, O si la persona que actúa en nombre de usted presenta una solicitud de apelación pero no entrega la documentación apropiada de representación.

- Si no recibe el apoyo del emisor de la receta para una apelación sin demora, la organización de revisión independiente decidirá si su estado de salud requiere de una decisión rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debe estar cubierto

- Adjunte cualquier información adicional que tenga relacionada con su solicitud de revisión, como una declaración del emisor de la receta o y cualquier expediente médico relevante.

- **Incluya una copia del Aviso de redeterminación (rechazo) del plan que recibió, si lo tiene.**

- El emisor de la receta deberá explicar por qué usted no puede cumplir con las reglas de cobertura del plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.

- Otra información que deberíamos tener en consideración: _____

_____

_____

Información del representante

Llene esta sección SÓLO si la persona que presenta esta solicitud no es el miembro o el emisor de la receta del miembro. Debe adjuntar documentación que demuestre que tiene autoridad de representar al miembro (por ejemplo, un Formulario CMS-1696 completo o un equivalente escrito) si no fue presentado al nivel de la determinación o redeterminación de la cobertura.

Nombre del representante: _____

Relación con el miembro: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Firmar y enviar este formulario

Firma de la persona que solicita esta revisión (el miembro o su representante):

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre del remitente: _____ **Título del remitente:** _____

Envíe por fax o por correo postal el formulario completado junto a toda información de respaldo a:

Número gratuito de fax: Apelaciones estándar (833) 710-0580 Apelaciones sin demora (833) 710-0579

Correo estándar:
C2C Innovative Solutions, Inc.
Part D Drug Reconsiderations
P.O. Box 44166
Jacksonville, FL 32231-4166

Courier o correo con seguimiento (como FedEx o UPS):
C2C Innovative Solutions, Inc.
Part D Drug Reconsiderations
301 W. Bay St., Suite 1110
Jacksonville, FL 32202

O bien envíe la solicitud en línea a https://www.c2cinc.com//Appellant-Signup

Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio. Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Aetna, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro Servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a nuestros servicios fuera de la red.

La red de farmacias puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes varían según el área de servicio.