Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare

Silverscript denegó su solicitud para la cobertura de (o pago de). Tiene derecho de solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Use este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede pedir una apelación dentro de los 65 días de la fecha de nuestro Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio Web en c2cinc.com//Appellant-Signup.
- Las solicitudes de apelación sin demora pueden hacerse por teléfono al 1-866-235-5660.

Su médico puede pedirnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (tal como un familiar o un amigo) presente una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Llámenos al 1-866-235-5660 para saber cómo designar a un representante.

Información de miembro del Plan

Nombre del miembro: _____

Número de identificación del miembro: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Información de la receta y del médico

Nombre del medicamento que usted pidió: _____

Potencia/cantidad/dosis: _____

Nombre del médico: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono del consultorio: _____ Fax del consultorio: _____

Persona de contacto en el consultorio: _____

¿Ya compró este medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si es SÍ:

Fecha de compra: _____ Monto pagado: _____ (Adjunte copia del recibo)

Nombre de la farmacia: _____

Teléfono de la farmacia: _____

¿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 de soporte del médico, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o el médico creen que esperar 7 días por una decisión estándar podría poner en serio peligro su vida, su salud o su capacidad de recobrar su máxima habilidad, usted puede solicitar una decisión sin demora (rápida).
- Si el médico indica que el esperar 7 días podría poner en serio peligro su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las siguientes 72 horas. Usted no puede pedir una apelación sin demora si nos solicita que le paguemos un medicamento que ya obtuvo.
- Si no recibe el apoyo de su médico, decidiremos si su caso requiere de una decisión rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debe estar cubierto

- Adjunte cualquier información adicional que piense que pueda ayudar su caso, tal como una declaración de su médico o expedientes médicos.
- Incluya una copia del Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare.
- Su médico 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 médico 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 de la cobertura. Para ampliar información sobre cómo designar un representante, llámenos al 1-866-235-5660.

Nombre del representante: _____

Relación con el miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Firmar y enviar este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (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:

Dirección:
C2C Innovative Solutions, Inc.
Part D Drug Reconsiderations
P.O.Box 44166
Jacksonville, Fl 32231-4166

Número de fax:
1-833-710-0580

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.