Forma Aprobada
OMB No. 0938-0976

< Opcional: Añada su logo aquí. Por favor, elimine esta línea después de colocar el logotipo. >

AVISO DE NEGACIÓN DE LA COBERTURA DE MEDICARE PARA RECETAS MÉDICAS

Fecha

Nombre del Miembro	Número del Miembro

Hemos negado la cobertura del/de los siguiente(s) medicamento(s) que usted o su médico ha solicitado:

Negamos esta petición porque:

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con esta decisión?

Usted tiene el derecho de apelar. Si quiere apelar, debe solicitar su apelación dentro del plazo de 60 días de la fecha de haber recibido este aviso. Podemos darle más tiempo si tiene una buena razón por la cual no puede completar la apelación dentro del plazo establecido. Usted tiene el derecho de pedirnos una **excepción del formulario de medicamentos** si cree que necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicinas cubiertas (formulario) o que una **norma de cobertura**, como la autorización previa o una cantidad límite, no es aplicable a usted. También puede solicitar una **excepción de nivel o categoría** si cree que debe obtener una medicina que necesita a una cantidad de costo compartido más baja. Su médico debe proveer una declaración para apoyar su petición de excepción.

¿Quién puede solicitar una apelación?

Usted, su médico o su representante autorizado puede solicitar una apelación rápida o estándar. Usted puede nombrar a un pariente, a un amigo, a un abogado, a un guardián, a un médico, o alguna otra persona para que actúe como representante. Otros puede que ya se hayan autorizado bajo la ley del estado para representarlo.

Usted puede llamarnos al: (_____)_____ para aprender cómo nombrar a su representante autorizado. Si tiene problemas del habla o de audición, por favor llámenos con teléfono de texto (TTY) al: (_____)_____.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SUS DERECHOS DE APELACIÓN

Hay dos clases de apelaciones que usted puede solicitar:

1. **Rápida (72 horas):** Usted, su médico o su representante puede solicitar una apelación acelerada (rápida) si usted o su médico piensa que su salud podría ser afectada seriamente esperando hasta 7 días por una decisión. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos está pidiendo que le paguemos por un medicamento que ya recibió. Si se concede acelerar su petición, debemos darle una decisión dentro de las 72 horas de haber recibido su petición.
   - **Si su médico** que recetó sus medicamentos pide una apelación acelerada por usted, o le apoya en pedir una, y el médico indica que esperar 7 días podría afectar seriamente su salud, **automáticamente aceleraremos su petición**.
   - Si pide una apelación acelerada sin la ayuda de un médico, decidiremos si su salud requiere una apelación acelerada. Si no le damos una apelación acelerada, decidiremos su petición en un plazo de 7 días.
2. **Estándar (7 días):** Usted puede solicitar una apelación estándar. Debemos darle una decisión dentro de los 7 días de haber recibido su petición.

¿Qué Incluyo con Mi Apelación?

Debe incluir su nombre, la dirección, el número de identificación del miembro, las razones por las cuales está apelando, y cualquier evidencia que desee incluir. Si su apelación está relacionada con nuestra decisión de rechazar un medicamento que no está en nuestro formulario, su médico debe mostrar que todos los medicamentos, en cualquier categoría de nuestro formulario, no serían tan eficaces para tratar su condición como la medicina solicitada fuera del formulario o afectaría su salud.

¿Cómo solicito una apelación?

Para una apelación rápida: Usted, su médico o su representante autorizado debe comunicarse por teléfono o fax usando los siguientes números:

Teléfono	Fax

Para una apelación estándar: Usted o su representante autorizado debe enviar o entregar su petición de apelación por escrito a la siguiente dirección:

¿Qué sucede después?

Si usted apela, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si cualquiera de las medicinas que solicitó se vuelven a rechazar, usted puede solicitar una revisión independiente de su caso por una persona fuera de su plan de Medicare para recetas médicas. Si no está de acuerdo con esa decisión, tendrá el derecho de seguir apelando. Se le notificará sobre sus derechos de apelación si esto sucede.

Información de contacto:

Si necesita información o ayuda, nos puede llamar al:

Línea Gratis	TTY

Otros recursos para ayudarle:

Localizador de Servicios para Ancianos
Línea Gratis: 1-800-677-1116

Medicare
Línea Gratis: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
TTY: 1-877-486-2048