

Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare

Debido a que nosotros, Longevity Health Plan denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, tiene el derecho de solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días contados a partir de la fecha de nuestro aviso de denegación de la cobertura del medicamento recetado de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo postal o fax:

Dirección:
EXPRESS SCRIPTS
MEDICARE APPEALS
PO BOX 66588
ST. LOUIS, MO 63166-6588

Número de fax:
1.877.852.4070

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en, WWW.EXPRESS-SCRIPTS.COM. Se pueden realizar solicitudes de apelación acelerada por teléfono llamando al 1-800-204-0016, (los usuarios de TTY pueden llamar 711.)

Quién puede hacer una solicitud: Su recetador puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si quiere que otra persona (como, por ejemplo, un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para conocer cómo nombrar a un representante.

Información del afiliado

Nombre del afiliado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación de miembro del afiliado _____

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

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes de apelación efectuadas por una persona diferente del afiliado o el recetador del afiliado:

Adjunte documentación que acredite la facultad de representar al afiliado (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completo o un documento equivalente por escrito) si no se presentó al momento de la determinación de cobertura. Si desea obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o con 1.800.Medicare.

Medicamento recetado que solicita:

Nombre del medicamento: _____

Concentración/Cantidad/Dosis: _____

¿Compró el medicamento estando pendiente la apelación? Sí No

Si su respuesta es "Sí":

Fecha en que lo compró: _____ Monto pagado: \$ _____ (adjunte una copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información del recetador

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto en el consultorio _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su recetador creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, su salud o su capacidad de recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su recetador indica que esperar 7 días podría dañar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 72 horas. Si no obtiene el respaldo de su recetador para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos está solicitando el reembolso de un medicamento que ya recibió.

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

Explique los motivos de su apelación. Adjunte páginas adicionales, si fuese necesario. Adjunte toda información adicional que crea que pueda ayudar a su caso, como una declaración de su recetador y los registros médicos pertinentes. Remítase a la explicación que proporcionamos en el aviso de denegación de la cobertura del medicamento recetado de Medicare y pídale a su recetador que tenga en cuenta los criterios de cobertura del plan, si estuviesen disponibles, conforme se encuentran indicados en la carta de denegación del plan o en otros documentos del plan. Se necesitará la opinión de su recetador para explicar la razón por la cual usted no puede cumplir con los criterios de cobertura del plan y/o la razón por la cual los medicamentos que exige el plan no son médicamente adecuados para usted.

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado o el representante):

Fecha: _____