



4601 NW 77<sup>th</sup> Ave Miami FL 33166 1-833-322-7526

## Solicitud de nueva determinación de la denegación de medicamentos recetados de Medicare

Debido a que nosotros, Florida Complete Care - In the Community (HMO I-SNP) hemos denegado su solicitud de cobertura (o de pago) de un medicamento recetado, tiene derecho a solicitarnos una nueva determinación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitarnos una nueva determinación. Puede enviarnos este formulario por correo postal o fax:

Dirección:  
P.O. Box 52000, MC109  
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax:  
<Appeals Fax>

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en <Plan Website>. Las solicitudes de apelación acelerada se pueden realizar por teléfono al <Appeals Phone>, TTY: <Appeals TTY>, <Appeals Hours>.

**Quién puede hacer una solicitud:** el profesional que le receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Contáctenos para saber cómo designar un representante.

### Información del afiliado

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del afiliado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Número de identificación del afiliado: \_\_\_\_\_

### Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace 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 hechas por otra persona que no sea el afiliado o el profesional que receta al afiliado:**

**Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o un documento equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de la cobertura. Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048**

**Medicamento recetado que solicita:**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Concentración/cantidad/dosis: \_\_\_\_\_

¿Ha comprado el medicamento pendiente de apelación?  Sí  NoSi la respuesta es "Sí": Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Monto pagado: \$ \_\_\_\_\_  
(adjunte copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Información del profesional que receta**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio (...) \_\_\_\_\_ Fax (...) \_\_\_\_\_

Persona de contacto del consultorio \_\_\_\_\_

**Nota importante: Decisiones rápidas**

Si usted o el profesional que receta creen que esperar 7 días para la decisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión rápida. Si el profesional que receta indica que esperar 7 días podría poner en grave peligro su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las 72 horas. Si no obtiene el respaldo del profesional que receta para una apelación rápida, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación rápida si nos solicita que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió.

- MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS. (si tiene una declaración de respaldo del profesional que le receta, adjúntela a esta solicitud.)**

**Explique sus motivos para la apelación.** Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que crea que puede ayudar a su caso, como una declaración del profesional que le receta y registros médicos relevantes. Puede consultar la explicación que proporcionamos en el Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pedirle al profesional que le receta que aborde los criterios de cobertura del Plan, si están disponibles, como se indica en la carta de denegación del plan o en otros documentos del plan. Se necesitará información del profesional que le receta donde se explique por qué usted no puede cumplir con los criterios de cobertura del plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente adecuados para usted.

---

---

---

**Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado, el profesional que receta o el representante del afiliado):**  
\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_