

SOLICITUD DE REDETERMINACIÓN POR DENEGACIÓN DE MEDICAMENTO CON RECETA DE MEDICARE

Debido a que nosotros, Denver Health Medical Plan, Inc., denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento con receta, tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro aviso de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Domicilio: Denver Health Medical Plan, Inc. Attn: Grievances and Appeals Department
777 Bannock St., MC 6000, Denver, CO 80204

Número de fax: 303-602-2078

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en denverhealthmedicalplan.org. Las solicitudes de apelación se pueden hacer por teléfono a los Servicios del Plan de Salud al 303-602-2111 o al número gratuito 877-956-2111. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Quién puede realizar una solicitud: la persona que emite la receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Póngase en contacto con nosotros para saber cómo nombrar a un representante.

1. INFORMACIÓN DEL INSCRIPTO

Nombre del inscripto

Fecha de nacimiento

Domicilio del inscripto

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

N.º de id. del miembro

2. COMPLETE ESTA SECCIÓN SOLO SI LA PERSONA QUE REALIZA ESTA SOLICITUD NO ES EL INSCRIPTO:

Nombre del solicitante

Relación con el inscripto

Domicilio del solicitante

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Documentación de representación para solicitudes de apelación hechas por otra persona que no sea el inscripto o la persona que emite la receta en nombre del inscripto: adjunte la documentación que demuestre el poder para representar al inscripto (un formulario de autorización de representación completo CMS-1696 o documento equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre el nombramiento de un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

3. MEDICAMENTO CON RECETA QUE SOLICITA

Nombre del medicamento		Dosis/cantidad/dosificación	
¿Ha comprado el medicamento objeto de la apelación pendiente?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	En caso afirmativo:	
Fecha de compra	Monto pagado \$ (adjuntar copia del recibo)		
Nombre y número de teléfono de la farmacia			

4. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE EMITE LA RECETA

Nombre de la persona que emite la receta		
Domicilio de la persona que emite la receta		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono del consultorio	Fax del consultorio	Persona de contacto del consultorio

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o la persona que emite la receta creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría dañar seriamente su vida, salud o capacidad para recuperar la máxima función, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que emite la receta indica que esperar 7 días podría dañar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 72 horas. Si no obtiene el apoyo de la persona que emite la receta para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le devolvamos el pago de un medicamento que ya recibió.

SOLICITUD DE REDETERMINACIÓN POR DENEGACIÓN DE MEDICAMENTO CON RECETA DE MEDICARE

- MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 72 HORAS. (Si tiene una declaración acreditativa de la persona que emite la receta, adjúntela a esta solicitud).**

Explique sus razones para apelar. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario. Adjunte cualquier información adicional que usted crea que pueda ayudar a su caso, como una declaración de la persona que emite la receta y los registros médicos pertinentes. Puede consultar la explicación que le proporcionamos en el aviso de denegación de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y solicitarle a la persona que emite la receta que analice los criterios de cobertura del plan, si están disponibles, tal como se indica en la carta de denegación del plan o en los otros documentos de este. Se necesitará la opinión de la persona que emite la receta para explicar por qué usted no puede cumplir con los criterios de cobertura del plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son adecuados para usted desde el punto de vista médico.

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

Fecha