

# 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 postal o por fax.

**Correo postal:**

Denver Health Medical Plan, Inc.  
Attn: Grievances and Appeals Department  
777 Bannock St., MC6000  
Denver, CO 80204

**Fax:** 303-602-2078

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en [DenverHealthMedicalPlan.org](http://DenverHealthMedicalPlan.org). Las solicitudes de apelación acelerada 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 hacer 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 MIEMBRO

---

Nombre del miembro

Fecha de nacimiento

---

Domicilio del miembro

---

Ciudad

Estado

Código postal

---

Núm. de teléfono

Núm. de id. del miembro

## 2. COMPLETE ESTA SECCIÓN SI LA PERSONA QUE REALIZA ESTA SOLICITUD NO ES EL MIEMBRO:

---

Nombre del solicitante

Relación con el miembro

---

Domicilio del solicitante

---

Ciudad

Estado

Código postal

---

Núm. de teléfono

**Documentación de representación para solicitudes de apelación hechas por otra persona que no sea el miembro o la persona que emite la receta en nombre del miembro:** Adjunte la documentación que demuestre el poder para representar al miembro (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 (1-800-633-4227).

### 3. MEDICAMENTO CON RECETA QUE SOLICITA

---

Nombre del medicamento

Dosis/cantidad/dosificación

¿Ha comprado el medicamento objeto de la apelación pendiente?   Sí                      No

En caso afirmativo:

---

Fecha de compra

Monto pagado (adjuntar copia del recibo)

---

Nombre y núm. 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

---

Núm. de teléfono

Núm. de fax

Persona de contacto

**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.

**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 la 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 miembro o el representante):**

**Fecha de hoy**