

Solicitud de redeterminación de la denegación de medicamentos recetados de Medicare

Debido a que **Elixir Insurance** rechazó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a solicitar una redeterminación (apelación) de esa decisión. Usted tiene 60 días a partir de la fecha de nuestra Notificación de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare para solicitar una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:	Fax #:
Canyon Falls Blvd., Suite 100	1-877-503-7231
Twinsburg, OH 44087	
Attn: Clinical Services	

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestra página web elixirinsurance.com. Las solicitudes de apelación aceleradas pueden hacerse por teléfono llamando al 1-866-250-2005.

Quién puede presentar una solicitud: Su recetador puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Póngase en contacto con nosotros para saber cómo nombrar a un representante.

Información del afiliado

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

City _____ Estado _____ Código zip _____

Teléfono _____

Número de afiliación _____

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

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código zip _____

Teléfono _____

Documentación de solicitudes de apelación presentada por alguien que no es el afiliado ni el recetador del afiliado:

Adjunte la documentación que demuestre la autorización para representar al afiliado (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un equivalente escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para más información sobre la designación de un representante, póngase en contacto con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Medicamento recetado que usted está solicitando:

Nombre del medicamento: _____ Potencia/cantidad/dosis: _____

¿Ya compró el medicamento pendiente de apelación? Sí No

Si "Sí":

Fecha de compra: _____ Cantidad pagada: \$ _____ (adjunte copia del recibo)

Nombre y teléfono de la farmacia: _____

Información del recetador
Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código zip _____
Teléfono del consultorio _____ Fax _____
Persona de contacto en el consultorio _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su recetador cree que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su recetador indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión en un plazo de 72 horas. Si no obtiene el apoyo de su recetador 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 costo de un medicamento que ya ha recibido.

MARQUE ESTE CUADRO SI USTED CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS (si tiene una declaración de apoyo de su recetador, adjúntela a esta solicitud).

Por favor explique el motivo para apelar. Adjunte hojas adicionales, si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que crea que puede ayudar a su caso, como una declaración de su recetador y los datos médicos pertinentes. Puede consultar la explicación que proporcionamos en la Notificación de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pedir a su recetador que aborde los criterios de cobertura del Plan, si están disponibles, tal como se indica en la carta de denegación del Plan o en otros documentos del Plan. Será necesaria la colaboración de su recetador para explicar por qué usted no puede cumplir los criterios de cobertura del Plan o por qué los medicamentos requeridos por el Plan no son médicamente apropiados para usted.

Firma de la persona que presenta la apelación (el afiliado o su representante): _____ Fecha: _____
