Solicitud para una redeterminación de la denegación de medicamentos recetados de Medicare

Alameda Alliance Wellness rechazó su solicitud de cobertura (o pago) para [nombre del medicamento recetado]. Usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Utilice este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días posteriores a la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en **www.alamedaalliance.org**.
- Las solicitudes expeditas de apelación se pueden realizar por teléfono al **1.833.793.3767**.

El médico que emite la receta puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Llámenos al 1.844.411.0579 para saber cómo designar a un representante.

Información de la persona inscrita en el plan

Nombre de la persona inscrita: _____

Número de identificación del miembro: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Dirección postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Información de la receta y del médico que emite la receta

Nombre del medicamento que solicitó: _____

Concentración/cantidad/dosis: _____

Nombre del médico que emite la receta: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono del consultorio: _____ Fax del consultorio: _____

Persona de contacto del consultorio: _____

¿Ya compró este medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ:

Fecha de compra: _____ Importe pagado: _____ (adjunte una copia del recibo)

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión expedita (urgente)?

☐ **Seleccione esta opción si cree que necesita una decisión en un plazo de 72 horas.** Si tiene una declaración de apoyo del médico que emite la receta, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o el médico que emite la receta cree que esperar 7 días para obtener una decisión estándar podría representar un daño grave para su vida, para su salud o para su capacidad de recuperar al máximo sus funciones, puede solicitar una decisión expedita (rápida).
- Si su médico que emite la receta indica que esperar 7 días podría dañar gravemente su salud, automáticamente, le daremos una decisión en las siguientes 72 horas. No puede solicitar una apelación expedita si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró.
- Si no cuenta con el apoyo del médico que emite la receta para obtener una apelación expedita, decidiremos si su caso amerita una decisión rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debería estar cubierto.

- Adjunte cualquier información adicional que crea que pueda ayudar en su caso, como una declaración del médico que emite la receta o sus expedientes médicos.
- Incluya una copia del Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- El médico que emite la receta deberá explicar por qué usted no puede cumplir nuestras normas de cobertura del plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.
- Otra información que debemos tener en cuenta: _____

_____

Información del representante

Llene esta sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es la persona inscrita ni el médico que emite la receta de la persona inscrita. Debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar a la persona inscrita (como un Formulario CMS-1696 completado o un equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, llámenos al **1**.**844**.**411**.**0579**.

Nombre del representante: _____

Relación con la persona inscrita: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (la persona inscrita, el médico que emite la receta o el representante):

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe por fax o correo postal el formulario completo y cualquier información que apoye su caso a la siguiente dirección y número:

Dirección:	**Número de fax:**
200 Stevens Drive Philadelphia, PA 19113	Estándar: **1.855.350.0544** Urgente: **1.855.350.0447**