

Solicitud de redeterminación de rechazo de medicamento recetado de Medicare

Puesto que nosotros American Health Medicare denegamos su solicitud de cobertura (o de pago) de un medicamento recetado, usted tiene el derecho de pedirnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de Rechazo de Cobertura de Medicamento Recetado de Medicare para pedirnos una nueva redeterminación. Este formulario debe enviarse por correo o por fax:

AHM- Pharmacy Department

1-866-207-1704 / 787-993-3262

P.O. Box 11320 San Juan, P.R. 00922

Usted también puede solicitar una apelación a través de nuestro sitio Web en

www.ahmpr.com.

Las solicitudes de apelación sin demora pueden hacerse por teléfono en 1-888-620-1616.

Quién puede presentar una solicitud: Su médico o persona que emite la receta puede presentar una apelación en nombre de usted. Si usted desea que otra persona (tal como un familiar o amigo) solicite la apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar a un representante.

Información del Afiliado

Nombre del afiliado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación del miembro del plan _____

Llene la siguiente sección SÓLO si la persona que hace esta solicitud no es el beneficiario:

Nombre de la persona que presenta la solicitud _____

Relación con el afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentos de representación para solicitudes de apelación presentadas por otra persona distinta al miembro o al médico o persona que receta:

Aneje la documentación que muestre la autoridad de representar al miembro (un formulario completo de autorización de representación CMS-1696 o un equivalente por escrito) si no se ha presentado para la determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.

Medicamentos recetados que usted solicita:

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

¿Ha comprado usted medicamentos mientras espera por esta apelación? Sí No

De ser "Sí":

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

Nombre y teléfono de la farmacia: _____

Información del médico o persona que receta

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de oficina _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio

Nota importante: Decisiones sin demora

Si usted o su médico creen que el esperar 7 días por una decisión estándar podría poner en serio peligro su vida, su salud o su capacidad de recobrar su máxima habilidad, usted puede solicitar una decisión sin demora (rápida). Si su médico indica que el esperar 7 días podría poner en serio peligro su vida, automáticamente le daremos una decisión dentro de las siguientes 72 horas. Si usted no recibe el apoyo de su médico para una apelación rápida nosotros decidiremos si su condición de salud requiere de una decisión rápida. Usted no puede pedir una apelación rápida si usted nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró.

MARQUE ESTA CASILLA SI USTED CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS SIGUIENTES 72 HORAS

Si usted tiene una declaración de apoyo de su médico, adjúntela a esta solicitud.

Explique sus razones para solicitar la apelación. Adjunte páginas adicionales, de ser necesario. Adjunte cualquier información adicional que usted crea que pueda serle de ayuda en su caso, tal como una declaración de su médico y expedientes médicos relevantes. Consulte la explicación provista en el Aviso de Rechazo de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare.

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

_____ **Fecha:** _____