

Solicitud de Redeterminación de Rechazo de Medicamentos Recetados de Medicare

Debido a que Humana rechazó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Cuenta con 60 días a partir de la fecha del Aviso de Rechazo de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos el formulario por correo o por fax:

Dirección en EE. UU. P.O. Box 14165
Lexington, KY 40512-4165

Número de fax:
1-877-556-7005

Dirección en Puerto Rico: P.O. Box 195560
San Juan, PR 00919-5560

1-800-595-0462 (Puerto Rico)

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en español.Humana.com. Las solicitudes de apelación acelerada pueden hacerse por vía telefónica llamando al 1-800-867-6601.

Quién puede hacer la solicitud: Su médico tratante puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) solicite una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar un representante.

Información del afiliado

Nombre del afiliado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación del afiliado _____

Complete esta sección SOLO si la persona que hace la solicitud no es el afiliado:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes de apelación efectuadas por una persona que no es el afiliado o su médico tratante:

Adjunte la documentación de respaldo de la autoridad para representar al afiliado (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completo o un equivalente por escrito) si no se presentó al momento de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Medicamento recetado que solicita:

Nombre del medicamento: _____ Concentración/Cantidad/Dosis: _____

¿Compró el medicamento con la apelación pendiente? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo:

Fecha de la compra: _____ Monto pagado: \$ _____ (adjuntar copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información del médico tratante

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto en el consultorio _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su médico tratante consideran que esperar 7 días para una decisión estándar podría poner en peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el médico tratante indica que esperar 7 días podría poner en peligro su salud, proporcionaremos nuestra decisión automáticamente dentro de las 72 horas. Si no obtiene el respaldo de su médico tratante para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de su médico tratante, adjúntela a esta solicitud).**

Explique las razones de su apelación. Adjunte páginas adicionales si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que considere que pueda ayudar a su caso, como una declaración de su médico tratante y registros médicos relevantes. Es posible que desee referirse a la explicación que proporcionamos en el Aviso de Rechazo de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare y solicitar a su médico tratante que se enfoque en los criterios de cobertura del Plan, si corresponde, según lo indicado en la carta de rechazo del Plan o en otros documentos del Plan. Se necesitará información de su médico tratante para explicar por qué motivo usted no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan y/o por qué los medicamentos solicitados por el Plan no son médicamente apropiados para usted.

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