

## **Solicitud de redeterminación de la denegación de medicamentos recetados de Medicare**

Dado que nosotros, Health Choice Pathway (HMO D-SNP), rechazamos su solicitud de cobertura de un medicamento recetado, o bien su solicitud de pago por dicho medicamento, usted tiene derecho a solicitar una redeterminación (apelación) respecto de nuestra decisión. Usted tiene 60 días a partir de la fecha del Aviso de Denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Nos puede enviar este formulario por correo o fax:

Dirección:

Número de fax: **1-877-424-5690**

**Health Choice Pathway**  
**Attn: Pharmacy Prior Authorization Requests**  
**410 N 44<sup>th</sup> Street, Suite 900**  
**Phoenix, AZ 85008**

También puede solicitar una apelación a través de nuestro sitio web **healthchoicepathway.com**.

Las solicitudes de apelación aceleradas pueden hacerse por teléfono al **1-800-656-8991**, **TTY 711**, de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

**Quién puede presentar una solicitud:** su médico recetador podrá solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona, (por ejemplo, un familiar o un amigo), solicite en su nombre una apelación, dicha persona deberá ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre 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 afiliado \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que presenta esta 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 apelaciones realizadas por una persona que no sea el afiliado ni el médico recetador del afiliado:**

**Adjunte la documentación que demuestre el poder para representar al afiliado (un formulario CMS-1696 de autorización de representación completado o un documento equivalente por escrito) si dicho poder no ha sido enviado durante la determinación del nivel de cobertura. Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.**

**Medicamento recetado que solicita:**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Concentración/cantidad/dosis: \_\_\_\_\_

¿Ha adquirido el medicamento mientras la apelación estaba pendiente?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Cantidad abonada: \$ \_\_\_\_\_ (adjunte la copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Información del médico recetador**

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 consideran que esperar a una decisión estándar de 7 días podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad de máxima recuperación, usted podrá solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su médico le indica que esperar 7 días podría poner en grave peligro su salud, le informaremos nuestra decisión automáticamente dentro de 72 horas. Si su médico no le brinda respaldo para dicha apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que paguemos por un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS (si cuenta con una declaración adicional de su médico recetador, adjúntela a esta solicitud).**

**Explique los motivos de la apelación.** Si fuera necesario, adjunte páginas adicionales. Adjunte cualquier información adicional que considere que podría ayudar a su caso; por ejemplo, una declaración de su médico recetador y sus expedientes clínicos pertinentes. Es posible que desee hacer referencia a la explicación que proporcionamos en el Aviso de Rechazo de cobertura de medicamentos recetados de Medicare, además de que su médico recetador aborde los criterios de cobertura del plan, si están disponibles, según se estipulan en la carta de rechazo o en otros documentos del plan. Se necesitará que su médico recetador explique por qué usted no cumple con los criterios de cobertura del plan y/o por qué los medicamentos solicitados en relación con el plan no son adecuados para usted por razones médicas.

---

---

---

**Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado o el representante):**\_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

*[(For materials non-small sized, therefore 8.5x11 paper output)]*[<Full Non-Discrimination Notice and Multi-language insert with TOP 15 state specific languages>]