

Solicitud de redeterminación de la denegación de medicamentos recetados de Medicare

Debido a que nosotros, AmeriHealth PPO, denegamos su solicitud de cobertura (o de pago) de un medicamento recetado, tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro aviso de denegación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:
AmeriHealth PPO Medicare Member Appeals Unit
PO Box 13652
Philadelphia, PA 19101-3652

Número de fax:
1-888-289-3008

También, puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en www.amerihealthmedicare.com. Las solicitudes de apelación urgente se pueden realizar por teléfono al 1-866-569-5190 (TTY/TDD: 711).

Quién puede presentar una solicitud: Su médico puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o un amigo) presente una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo designar a un representante.

Información del inscrito

Nombre del inscrito Fecha de nacimiento _____

Dirección del inscrito _____

Ciudad Estado Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación de socio del inscrito _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es la inscrita:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el inscrito _____

Dirección _____

Ciudad Estado Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para las solicitudes de apelación que haga otra persona diferente del inscrito o el médico del inscrito:

Adjunte la documentación en la que se muestre la autorización para representar al inscrito (el Formulario CMS-1696 de autorización de representación o un equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo nombrar un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.

Medicamento recetado que solicita:

Nombre del medicamento: Concentración/cantidad/dosis: _____

¿Compró el medicamento que tiene una apelación pendiente? Sí No

Si la respuesta es "Sí":

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

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información del médico		
Nombre _____		
Dirección _____		
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Teléfono del consultorio _____		Fax _____
Persona de contacto del consultorio _____		

Nota importante: decisiones urgentes

Si usted o su médico consideran que esperar 7 días para que se tome una decisión estándar podría afectar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar el funcionamiento máximo, puede pedir que se tome una decisión urgente (rápida). Si el médico indica que su salud podría verse afectada gravemente si se esperan 7 días, tomaremos una decisión de forma automática en un plazo de 72 horas. Si no obtenemos el respaldo de su médico para la apelación urgente, decidiremos si su caso requiere o no una decisión rápida. No puede solicitar una apelación urgente para pedir el reembolso de un medicamento que ya recibió.

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

Explique los motivos de la apelación. Adjunte más páginas si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que considere que podría ayudar en su caso, como una declaración de su médico y expedientes médicos pertinentes. Le recomendamos que haga referencia a la explicación que ofreceremos en el aviso de denegación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y que su médico aborde los criterios de cobertura del plan, si estuvieran disponibles, según se detalla en la carta de denegación del plan o en otros documentos del plan. Se necesitará el asesoramiento de su médico para explicar por qué usted no puede cumplir los criterios de cobertura del plan o por qué los medicamentos del plan no son apropiados en términos médicos para usted.

Firma de la persona que solicita la apelación (el inscrito o el representante): _____ Fecha: _____
--