



SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN DE NEGACIÓN DE MEDICAMENTO DE RECETA MEDICARE

Debido a que nosotros de EmblemHealth negamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento de receta, usted tiene el derecho de pedirnos una reconsideración (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene un período de 60 días a partir de nuestro aviso de Negación de Cobertura de Medicamento de Receta Medicare para pedirnos una reconsideración.

Para las Apelaciones Estándar, podrá llamar al 877-444-7097 (TTY: 711) de lunes a domingos, de 8 a.m. a 8 p.m. o este formulario puede enviarse a nosotros por correo o fax a:

Dirección: PO Box 2807, New York, NY
10116 Número de Fax: 866-854-2763

Para las Apelaciones Aceleradas, este formulario puede enviarse por fax al: 1-866-350-2168

Usted también puede pedirnos una apelación a través de nuestro sitio web en www.emblemhealth.com. Las solicitudes de apelación acelerada pueden hacerse por teléfono al 1-888-447-6855 (TTY: 711), de lunes a domingos, de 8 a.m. a 8 p.m.

¿Quiénes pueden hacer una solicitud? Su recetador puede pedirnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (por ejemplo, un familiar o amistad) pida la apelación en su nombre, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para averiguar cómo designar un representante.

| Información del inscrito | | |
|---|-----------------------------|----------------------|
| Nombre del inscrito: | | Fecha de Nacimiento: |
| Dirección del inscrito: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Teléfono: | Nº ID de Plan del inscrito: | |
| SOLO complete la siguiente sección si la persona que hace esta solicitud no es el inscrito o el recetador: | | |
| Nombre del solicitante: | | |
| Parentesco del solicitante con el inscrito: | | |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Teléfono: | | |
| Documentación de representación para solicitudes hechas por una persona distinta al inscrito o el recetador del inscrito: | | |
| <p>Anexe documentación que demuestra la autoridad para representar al inscrito (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o equivalente por escrito). Para más información sobre cómo designar un representante, comuníquese con su plan o con 1-800-Medicare. (TTY: 1-877-486-2048), de lunes a domingos, de 8 a.m. a 8 p.m.</p> | | |

| | | |
|---|---------|----------------|
| Medicamento de receta que está solicitando: | | |
| Nombre del medicamento: | | |
| Potencia/cantidad/dosis: | | |
| ¿Ha comprado el medicamento mientras la apelación está pendiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| Si la respuesta es "Sí": | | |
| Fecha de compra: | | |
| Importe pagado: \$ (anexar copia del recibo) | | |
| Nombre y número de teléfono de la farmacia: | | |
| Información del recetador: | | |
| Nombre: | | |
| Dirección: | | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Teléfono de consultorio: | Fax: | |
| Persona de contacto del consultorio: | | |

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su recetador considera que una espera de 7 días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, estado de salud o capacidad para recuperar el funcionamiento máximo, podrá solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su recetador indica que una espera de 7 días podría perjudicar gravemente su estado de salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 72 horas. Si no obtiene el apoyo de su recetador por una solicitud acelerada, decidiremos si su caso exige una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si nos está pidiendo que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió. La manera más rápida de obtener su apelación acelerada es llamarnos o enviar su solicitud de apelación acelerada por fax.

- MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS Si tiene una declaración de apoyo de su recetador, anéxela a esta solicitud.**

Sírvase explicar sus motivos de la apelación. Anexe páginas adicionales, de ser necesario. Anexe cualquier información adicional que usted considera que pueda respaldar su caso, por ejemplo, una declaración de su recetador y expedientes médicos pertinentes. Se le recomienda consultar la explicación que proporcionamos en el Aviso de Negación de Cobertura de Medicamento de Receta Medicare.

| | |
|--|---------------|
| <hr/> <hr/> | |
| Firma de la persona que solicita la apelación (el inscrito, o el recetador o representante del inscrito): | Fecha: |

HIP Health Plan of New York (HIP) es un plan HMO y Group Health Incorporated (GHI) es un plan PPO con un contrato con Medicare. La inscripción en HIP y GHI depende de la renovación del contrato. HIP y GHI son compañías de EmblemHealth.