

**Instrucciones para el Formulario**  
**“Aviso de Negación de la Cobertura de Medicare para Recetas**  
**Médicas”**  
**CMS-10146-SP**

Un plan de la Parte D debe completar y enviar este aviso cada vez que rechace el pedido de medicamentos recetados a un miembro de la Parte D. Esto no es un lenguaje modelo. Esto es un formulario estándar. Los planes de la Parte D no pueden desviarse del contenido en el formulario proporcionado. Por favor tenga en cuenta que el número de OMB debe exhibirse en la esquina derecha superior del aviso.

**Título**

Insignia—No se requiere una insignia (logo). Los planes de la Parte D pueden elegir poner su insignia en el aviso. Si un plan elige poner su insignia en el aviso, el plan también tiene que incluir el nombre, la dirección, y el número de teléfono del plan de la Parte D en la misma página que la insignia, si la información no está incorporada dentro de la insignia.

Fecha—Escriba el mes, el día y el año que el aviso le fue enviado al miembro o al representante autorizado del miembro.

Nombre del Miembro—Escriba el nombre completo del miembro. El nombre y la dirección del miembro se pueden poner en el aviso en una manera que facilite el uso de un sobre de ventana para enviar, siempre y cuando la colocación no interfiera con el contenido del aviso.

Número de Identificación del Miembro—Escriba el número de identificación del plan de recetas médicas del miembro. Este número no debe incluir o ser el número de seguro social del miembro o el número de seguro médico.

Hemos negado la cobertura del/de los siguiente(s) medicamento(s) que usted o su prescriptor ha solicitado—Enumere el/los medicamento(s) que han sido solicitados por el beneficiario o prescriptor y han sido rechazados.

Negamos esta petición porque—El plan de la Parte D debe proveer una explicación específica y detallada de porqué se está negando la petición del medicamento recetado, incluyendo una descripción de cualquier regla de la cobertura de Medicare o de cualquier otra póliza

del plan de la Parte D que aplica y sobre la cual la decisión de la negación fue basada. La explicación del plan se debe escribir de tal manera que el miembro pueda entenderla.

**Sección Titulada: ¿Qué Pasa Si No Estoy De Acuerdo Con Esta Decisión?**

No se requiere que complete esta información.

Form CMS-10146-SP

**Sección Titulada: ¿Quién Puede Solicitar una Apelación?**

En los espacios proporcionados, se le exige al plan de la Parte D anotar los números de teléfono del plan de la Parte D y del equipo teletexto (TTY) que los miembros deben utilizar para obtener información o formas de cómo nombrar a un representante designado.

**Sección Titulada: Hay Dos Clases de Apelaciones que Usted Puede Solicitar**

No se requiere que complete esta información.

**Sección Titulada: ¿Qué Incluyo con Mi Apelación?**

No se requiere que complete esta información.

**Sección Titulada: ¿Cómo Solicito una Apelación?**

En la parte de subdivisión "Para una Apelación Estándar"- El plan de la Parte D debe proporcionar la dirección donde el miembro o el representante del miembro puede enviar o entregar a mano una petición estándar de la apelación. Si el plan de la Parte D permite que los miembros hagan peticiones orales de la apelación, entonces debe proveer el/los número(s) de teléfono y TTY que se puede usar para solicitar una apelación estándar.

En la parte de subdivisión "Para una Apelación Rápida"- Se le exige al plan de la Parte D que proporcione el número de teléfono o de fax que el miembro o el representante del miembro, puede utilizar para solicitar una apelación acelerada.

**Sección Titulada: ¿Qué Sucede Después?**

No se requiere que complete esta información.

**Sección Titulada: Información de Contacto**

En los espacios proporcionados, se le exige al plan de la Parte D anotar los números de teléfono del plan de la Parte D y del equipo teletexto (TTY) que el miembro o un representante del miembro puede llamar si necesita información o ayuda.

**Sección Titulada: Otros Recursos para Ayudarle**

No se requiere que complete esta información.

La **Ley de Reducción de Papeleo de 1995** requiere que le avisemos que la colección de esta información se hace según las disposiciones de la sección 3507 de La Ley de Reducción de Papeleo de 1995. No podemos coleccionar ni patrocinar la colección de información, y usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0976. Calculamos que tardará unos 30 minutos para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: **CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.**

Form CMS-10146-SP