

**Importante:** Esta carta le explica su derecho de apelar nuestra decisión. Por favor, léala atentamente. Si necesita ayuda, puede llamar a uno de los números listados en la última página bajo el título “Obtenga ayuda y más información”.

[Logo]

## AVISO DE DENEGACIÓN DE LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Fecha:	
Nombre del miembro:	Número de miembro:
<b>Su pedido le fue denegado</b> Hemos denegado la cobertura o el pago de la Parte D de Medicare, del medicamento(s) que usted o su médico han requerido:	
<b>¿Por qué se denegó?</b> Hemos denegado su pedido debido a {Provide specific rationale for denial including any applicable Medicare coverage rule or Part D plan policy.}:	
{Optional language that should be inserted as applicable}	
<i>{Si bien se le ha denegado la cobertura de la Parte D para este medicamento, el mismo podría ser cubierto por otro beneficio (por ejemplo por la Parte B). Si desea más información, llame al 1-800-Medicare.} O al {insert plan number}.</i>	
<i>{La Parte d de Medicare le ha denegado su pedido, sin embargo, {insert benefit} ha aprobado la cobertura/pago del medicamento(s) solicitado(s) {explain the conditions of approval in a readable and understandable format}. Si piensa que la Parte D de Medicare tendría que haberlo pagado, puede apelar la decisión.</i>	

### ¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con la decisión?

**Usted tiene el derecho de apelar.** Si desea hacerlo, tiene que apelar la decisión en un plazo de 60 días de la fecha de esta notificación. Le podríamos otorgar más tiempo si tiene algún motivo válido para no cumplir con el plazo estipulado. Usted tiene el derecho de pedir una **excepción al formulario** si cree que necesita un medicamento que no está en la lista de los medicamentos cubiertos (formulario). También tiene el derecho de pedirnos una **excepción a una norma de cobertura**, si cree que dicha norma (como una autorización previa o un límite a la cantidad) no se aplica a su caso. Puede pedir una **excepción de nivel** si piensa que debería obtener un medicamento con un costo compartido menor. Su médico debe proporcionar una declaración que apoye su pedido de excepción.

## ¿Quién puede apelar?

Usted, su médico o su representante pueden solicitar una apelación (acelerada) o estándar. Usted puede nombrar a un familiar, amigo, médico, abogado u otra persona para que actúe como su representante legal. Otras personas ya podrían estar autorizadas por la Ley estatal para representarlo.

Usted puede llamarnos al: ( ) \_\_\_\_\_ para averiguar cómo designar un representante. Si tiene un impedimento auditivo o del habla, llámenos al TTY: ( ) \_\_\_\_\_.

---

## Información importante sobre sus derechos de apelación

---

### Hay dos tipos de apelación que puede solicitar:

**Acelerada (72 horas):** Usted, su médico o su representante pueden solicitar una apelación rápida (acelerada) si usted o su médico cree que esperar 7 días para que le notifiquen la decisión, podría poner su salud en peligro. Usted no puede pedir una apelación acelerada si es por un reembolso por un medicamento que ya recibió. Si le aceptan su pedido de apelación acelerada, le deben comunicar la decisión en las 72 horas siguientes a su apelación.

- **Si su médico** solicita o apoya su pedido de apelación acelerada, e indica que si tiene que esperar 7 días hasta que se tome la decisión su salud corre grave peligro, **nosotros aceleraremos automáticamente su pedido de apelación.**
- Si solicita una apelación acelerada sin el apoyo de la declaración de su médico, entonces nosotros determinaremos si necesita una apelación acelerada. Si decidimos que no es necesario otorgarle una apelación acelerada, se lo comunicaremos y tomaremos una decisión en un plazo de 7 días.

**Estándar (7 días):** Usted, su médico o su representante pueden solicitar una apelación estándar y le daremos una respuesta en un plazo de 7 días.

### ¿Qué debo incluir in mi pedido de apelación?

Usted debe incluir su nombre, dirección, número de miembro, los motivos de su apelación y cualquier evidencia que desee adjuntar. Si está apelando por un medicamento que no es parte de nuestro formulario, su médico debe informarnos que ningún otro medicamento de cualquier otro nivel de nuestro formulario puede tratar su problema de salud eficazmente, como el medicamento que le ha recetado y que no está en el formulario, o que cualquier otro medicamento podría ser adverso para su salud.

### ¿Cómo apelo la decisión?

**Para una apelación acelerada:** Usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros por teléfono o fax a los números siguientes:

Teléfono:

Fax:

**Para una apelación estándar:** Usted, su médico o su representante debe enviar por correo postal o entregar un pedido de apelación por escrito a la dirección siguiente:

{Insert address}

### **¿Qué ocurre después?**

Si usted apela, evaluaremos nuevamente su caso y tomaremos una decisión. Si se le sigue denegando la cobertura de cualquier medicamento que haya solicitado, puede pedir que un revisor independiente que no pertenezca al plan Medicare de medicamentos recetados, evalúe su caso. Si aún no está de acuerdo con la decisión, podrá apelar al nivel siguiente. Si esto ocurre le informarán sobre sus derechos de apelación.

### **Obtenga ayuda y más información**

- {Plan Name} Teléfono sin cargo: Los usuarios de TTY deben llamar al:  
{Insert call center hours of operation}  
{Insert plan website}
- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048
- Centro de los derechos de Medicare: 1-888-HMO-9050
- Localizador Eldercare: 1-800-677-1116