

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

Importante: Este aviso le explica su derecho de apelar nuestra decisión. Lea este aviso cuidadosamente. 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 PARTE D DE MEDICARE COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS

| | |
|--|--------------------|
| Fecha: | |
| Nombre del miembro: | Número de miembro: |
| Su pedido fue denegado Hemos denegado la cobertura o el pago de la Parte D de Medicare, del medicamento(s) que usted o su médico han solicitado: | |
| ¿Por qué denegamos su solicitud? Hemos denegado su solicitud debido a {Provide specific rationale for denial including any applicable Medicare coverage rule or Part D plan policy.}: Debe compartir una copia de esta decisión con su médico, para que puedan discutir los próximos pasos. Si su médico solicitó la cobertura en su nombre, hemos compartido esta decisión con su médico. [Language to be inserted, as applicable, for prescription drugs that are or may be covered under Medicare Parts A or B]: [Medicare Advantage plans that also provide Part D coverage (MA-PDs):]{La Parte D de Medicare le ha denegado su pedido; sin embargo, La Parte A/B de Medicare 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. [Standalone Part D plans (PDPs):] {La Parte D de Medicare le ha denegado su pedido; sin embargo, podría ser | |

¿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 este aviso. Le podríamos otorgar más tiempo si tiene algún motivo válido para no cumplir con el plazo estipulado. Usted tiene el derecho a solicitar 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 a solicitarnos 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. Además, puede proporcionar información que demuestre que cumple con la norma de cobertura que se aplica al medicamento que solicita o puede solicitar una excepción sobre la norma de cobertura. 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 puede ser seriamente afectada, **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 después de haber recibido su apelación. Si su apelación es para el pago de un medicamento que ya recibió, le daremos una decisión por escrito dentro de los 14 días.

¿Qué debo incluir en mi solicitud de apelación?

Usted debe incluir su nombre, dirección, número de miembro, los motivos de su apelación y cualquier evidencia que desee adjuntar. Recuerde, su médico debe darnos una declaración de respaldo si está solicitando una excepción a una norma de cobertura. Debe incluir información sobre por qué la norma de cobertura no debe aplicarse a usted debido a su condición médica específica. 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:

Formulario CMS-10146-S

Para una apelación estándar: Usted, su médico o su representante debe enviar por correo postal o entregar una solicitud 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 la cobertura de cualquier medicamento que haya solicitado es denegada nuevamente, 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
- Centro de Asistencia Técnica del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico: 1-877-839-2675

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995 (PRA en inglés), las personas no están obligadas a responder una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control de la oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB en inglés) válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0976. El tiempo necesario para responder esta recopilación de información es de aproximadamente 30 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo (por ejemplo, braille, letra grande, CD de Audio), comuníquese con su Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. Si necesita ayuda para comunicarse con su plan, llame al 1-800-MEDICARE.

Formulario CMS-10146-S