

[Logo]

## **Aviso de denegación de la cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare**

Fecha:

Nombre del afiliado:

Número de afiliado:

### **Se denegó la cobertura de su medicamento**

Hemos denegado la cobertura en virtud de la Parte D de Medicare para los siguientes medicamentos recetados que usted o el profesional que le receta solicitó:

### **¿Por qué se denegó la cobertura para este medicamento?**

Denegamos la cobertura para este medicamento debido a {Proporcionar el justificativo específico para la negativa, incluida cualquier regla de cobertura de Medicare o política del plan de la Parte D que corresponda. Véanse detalles adicionales en las instrucciones.}:

Debe compartir este aviso con el profesional que le receta y analizar los pasos siguientes. Si el profesional que le receta solicitó cobertura para este medicamento en su nombre, ya compartimos esta negativa con él.

[Debe insertarse texto, según corresponda, para los medicamentos recetados que están o pueden estar cubiertos en virtud de las Partes A o B de Medicare]:

[Planes Medicare Advantage que también proporcionan cobertura de la Parte D (MA-PD):]  
{Esta solicitud fue denegada en virtud de la Parte D de Medicare; sin embargo, la cobertura/el pago de los medicamentos solicitados se ha aprobado en virtud de la Parte A/B de Medicare {explicar las condiciones para la aprobación en un formato legible y comprensible}. Si piensa que la Parte D de Medicare debe cubrirle ese medicamento, puede apelar la decisión.}

## Usted tiene derecho a apelar esta decisión

Si desea hacerlo, tiene que solicitarnos una apelación en el plazo de 65 días calendario desde la fecha de este aviso. Si solicita una apelación después de transcurridos 65 días, deberá explicar por qué su apelación llega tarde.

Usted o el profesional que le receta tiene derecho a pedirnos un tipo de apelación especial que se denomina una "**excepción**". El profesional que le receta debe proporcionar una declaración que apoye su pedido de excepción. Ejemplos de una excepción:

- **Excepción al formulario:** usted necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario).
- **Excepción a una regla de cobertura:** usted considera que una regla de cobertura (como una autorización previa o un límite de cantidad) no debe aplicarse en su caso por motivos médicos.
- **Excepción de nivel:** usted debe tomar un medicamento no preferente que está en un nivel de costo compartido más alto y desea que nuestro plan lo cubra por un importe de costo compartido menor.

## ¿Quién puede solicitar una apelación?

Usted, el profesional que le receta o su representante puede solicitarla. 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 para representarle en virtud de la ley estatal. Para averiguar cómo designar a un representante, llámenos al: (.....) \_\_\_\_\_. Los usuarios de TTY deben llamar al: (.....) \_\_\_\_\_.

## Información importante sobre sus derechos a apelar

### Hay 2 tipos de apelaciones: estándar o acelerada (rápida)

**Apelación estándar:** recibirá una decisión por escrito en el plazo de 7 días (o 14 días si se trata de una apelación sobre el pago de un medicamento que ya recibió).

**Apelación acelerada (rápida):** recibirá una decisión por escrito en el plazo de 72 horas.

- Puede solicitar una apelación acelerada (rápida) si usted o el profesional que le receta cree que su salud podría perjudicarse seriamente si espera para una decisión estándar.
- No puede pedir una apelación acelerada si está solicitándonos el reembolso de un medicamento que ya recibió.
- Aceleraremos automáticamente su apelación si el profesional que le receta solicita una para usted (o apoya su solicitud) e indica que esperar una decisión estándar podría perjudicar seriamente su salud. Si solicita una apelación acelerada sin el apoyo del profesional que le receta, decidiremos si su salud requiere una apelación acelerada. Si no le otorgamos una apelación acelerada, procesaremos una apelación estándar.

## Cómo solicitar una apelación

En el caso de una apelación **acelerada** (rápida), a manera más rápida de solicitar es por teléfono:

Teléfono:

TTY:

Para una apelación **estándar**: [Para los planes que aceptan solicitudes estándar verbales:] *{Puede presentar una apelación por teléfono, por fax, en línea o enviando por correo una carta a la dirección que sigue.}*

[Para planes que no aceptan solicitudes verbales estándar:] *{Puede presentar una apelación por fax, en línea o enviando por correo una carta a la dirección que sigue.}*

[Para planes que no aceptan solicitudes verbales estándar, omita el número de teléfono y TTY del plan]

*{Teléfono:}*

*{TTY:}*

Fax:

En línea:

Dirección:

## Qué debe incluir con su solicitud de apelación

- Su nombre, dirección y número de afiliado
- Los motivos por los que está apelando
- Cualquier prueba que desee adjuntar para respaldar su caso
- Declaración de apoyo del profesional que le receta

## Qué ocurre después

Después de su apelación, revisaremos su caso y le proporcionaremos una decisión. Si alguno de los medicamentos que solicitó se sigue denegando, puede pedir el siguiente nivel de apelación, que es una revisión independiente de su caso a cargo de un revisor externo a su plan. Si no está de acuerdo con esa decisión, tendrá derecho a seguir apelando. Se le notificarán sus derechos de apelación si eso sucede.

## Obtenga ayuda y más información

- **{Nombre del plan}** Teléfono sin cargo:  
Los usuarios de TTY deben llamar al:  
*{Inserte el horario de atención de la central de llamadas}*  
*{Inserte el sitio web del plan}*
- **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deben llamar al:  
1-877-486-2048
- **Centro de derechos de Medicare:** 1-888-HMO-9050 (1-888-466-9050)
- **Localizador Elder Care:** 1-800-677-1116 o [Eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx](http://Eldercare.acl.gov/Public/Index.aspx) para buscar ayuda en su comunidad.
- **Programa de Asistencia con el Seguro Médico del estado:** llame al Programa de Asistencia con el Seguro Médico de su estado para asesoría gratuita y personalizada sobre seguros de salud. Visite [shiphelp.org](http://shiphelp.org) o llame al 1-877-839-2675 para obtener el número de su SHIP local.

**Recibir información en otro formato**

Usted tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como impreso en letras grandes, en Braille o en audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que se le ha discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-0976. Esta recopilación de información es para el aviso que los planes de medicamentos de Medicare deben proporcionar cuando un medicamento se deniega en su totalidad o en parte. Se calcula que el tiempo necesario para completar esa recopilación de información es, en promedio, inferior a 30 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar los recursos de datos existentes, reunir los datos necesarios y revisar y completar la recopilación de información. Esta recopilación de información es obligatoria en virtud de la sección 1860D-4(g)(h) de la Ley y la autoridad regulatoria establecida en la subparte M de la parte 423 en 42 CFR 423.568 y 423.572. 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.