

# Solicitud de redeterminación de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare

Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)\* denegó su solicitud de cobertura (o pago) de [name of prescription drug]. Tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Utilice este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días desde la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](http://AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp).
- Puede realizar solicitudes de apelación acelerada por teléfono llamando al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**.

La persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) presente una apelación en su nombre, dicha persona debe ser su representante. Llámenos al **1-855-463-0933 (TTY: 711)** para saber cómo designar a un representante.

## Información del inscrito al plan

---

Nombre del inscrito: \_\_\_\_\_

Número de identificación del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Dirección de correo postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Información del medicamento con receta y la persona autorizada a dar recetas

---

Nombre del medicamento que solicitó: \_\_\_\_\_

Concentración/cantidad/dosis: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona autorizada a dar recetas: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_ Fax del consultorio: \_\_\_\_\_

Persona de contacto del consultorio: \_\_\_\_\_

¿Ya compró este medicamento?  Sí  No

Si la respuesta es SÍ:

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Monto pagado: \_\_\_\_\_ (adjunte copia del recibo)

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

## **¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?**

---

**Marque esta casilla si considera que necesita una decisión en un plazo de 72 horas.** Si tiene una declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas, adjúntela a esa solicitud.

- Si usted o la persona autorizada a dar recetas creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, pueden solicitar una decisión acelerada (rápida).
- Si la persona autorizada a dar recetas indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le daremos de manera automática una decisión dentro de las 72 horas. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió.
- Si no obtiene el respaldo de la persona autorizada a dar recetas para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

## **Explique por qué considera que deberíamos cubrir este medicamento**

---

- Adjunte la información adicional que considere que puede ser útil en su caso, como una declaración de la persona autorizada a dar recetas o registros médicos.
- Incluya una copia del Aviso de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- La persona autorizada a dar recetas deberá explicar por qué no puede cumplir con las normas de cobertura del plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.
- Información adicional que deberíamos considerar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Información del representante**

---

Complete esta sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el miembro inscrito ni la persona autorizada a dar recetas del inscrito. Debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar al inscrito (un formulario CMS-1696 completo o un equivalente por escrito) si no fue presentado en el nivel de la determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar un representante, llámenos al **1-855-463-0933 (TTY: 711)**.

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Relación con el inscrito: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## **Firma y envío de este formulario**

---

Firma de la persona que solicita la apelación (el inscrito, la persona autorizada a dar recetas o el representante):

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Envíe por fax o por correo el formulario completo y la información de respaldo a la siguiente dirección:**

**Dirección:**

Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)

Attn: Part D Appeals

Pharmacy Department

4750 S 44<sup>th</sup> PL STE 150,

Phoenix, AZ 85040-4015

**Número de fax:**

1-877-270-0148

\* Aetna® Medicare Better Health (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales con doble elegibilidad que combina su cobertura de Medicare y Medicaid en un solo plan.

Consulte la Evidencia de cobertura para leer una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio.

H1610\_4400601\_2025\_SP\_C