

**Solicitud de una nueva determinación por la denegación
de Medicare de un fármaco recetado**

Como desde Johns Hopkins Advantage MD (PPO) le denegamos su solicitud de cobertura (o de pago) de un medicamento recetado, tiene el derecho de pedirnos una nueva determinación (apelación) de nuestra decisión. Contará con 60 días desde la fecha de este aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitar una nueva determinación. Debe enviarnos este formulario vía correo o fax a las siguientes direcciones:

Dirección:
Johns Hopkins Advantage MD
c/o CVS Caremark Part D Services
Coverage Determination and Appeals Department
P.O. Box 52000 MC109
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax:
1-855-633-7673

También nos puede solicitar una apelación en nuestra página web: www.hopkinsmedicare.com.
Puede solicitar una apelación acelerada telefónicamente al número 1-877-293-5325 (opción 2), TTY: 711, del 1 de octubre al 31 de marzo, de lunes a domingo de 8 a.m. a 8 p.m., y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

Quién puede formular una solicitud: El médico que prescribe el tratamiento puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo puede designar a su representante.

Información del afiliado

Nombre del afiliado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación del miembro _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es el afiliado:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación para la representación en caso de que alguien que no sea el afiliado o el médico que prescribe el tratamiento solicite una apelación:

Adjunte la documentación que demuestra la autoridad para representar al afiliado (una copia del formulario de autorización para la representación CMS-1696 o un escrito equivalente) si no se lo envió en el momento de determinar la cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar un representante, comuníquese con la atención al afiliado de su plan o llame al 1-800-Medicare.

Medicamento prescrito que está solicitando:

Nombre de la droga: _____ Concentración/cantidad/dosis: _____

¿Compró el medicamento que espera la apelación? Sí No

Si respondió "Sí":

Fecha de la compra: _____ Monto que pagó: \$ _____ (adjunte una copia del recibo)

Nombre y el número de teléfono de la farmacia: _____

Información del médico que prescribe el tratamiento

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto en el consultorio _____

Nota importante: Decisión acelerada

Si usted o el médico que prescribe el tratamiento consideran que esperar 7 días hasta que la decisión estándar podría afectar gravemente su vida, su salud o la posibilidad de recuperar por completo una función, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el médico que prescribe el tratamiento indica que esperar 7 días puede afectar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 72 horas. Si no obtiene el apoyo del médico que prescribe el tratamiento para solicitar una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere de una decisión rápida. No puede solicitar una decisión acelerada si solicita el reembolso por un medicamento que ya recibió.

TILDE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS (si el médico que prescribe el tratamiento le dio una declaración que la respalde, adjúntela a la solicitud).

Explique los motivos de la apelación. Agregue más páginas si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que considere que pueda ayudar en su caso, como una declaración del médico que prescribe el tratamiento y los registros médicos relevantes. Puede incluir la explicación que le enviamos en el Aviso de denegación de cobertura de medicamentos prescritos por parte de Medicare y pedirle al médico que prescribe el tratamiento que explique el criterio para la cobertura del Plan, si lo tiene, tal como se detalla en la carta de denegación del Plan o en otros documentos del Plan. Necesitaremos los datos que pueda proporcionar el médico que prescribe el tratamiento para explicar por qué

no cumple con los criterios de cobertura del Plan o por qué los medicamentos que requiere el Plan no son médicamente adecuados para usted.

Firma de la persona que solicita la apelación (afiliado o representante): _____ Fecha: _____
--