



## Solicitud de una nueva determinación por la denegación de Medicare de un medicamento recetado

Johns Hopkins Advantage MD ha denegado su solicitud de cobertura (o pago) de [nombre del medicamento recetado]. Usted tiene derecho a solicitar una nueva revisión (apelación) de nuestra decisión. **Utilice este formulario para apelar dicha decisión.**

- Usted puede presentar una apelación dentro de los 65 días posteriores a la fecha de nuestro Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en [www.hopkinsmedicare.com](http://www.hopkinsmedicare.com).

El profesional que receta puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente la apelación por usted, esa persona debe ser su representante autorizado. Llame al 1-877-293-5325 (miembros de PPO) o al 1-877-293-4998 (miembros de HMO) (opción 2), TTY: 711, para obtener información sobre cómo designar a un representante.

### Información del afiliado al plan

---

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_

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

Dirección de correo: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información sobre el medicamento recetado y el profesional que receta

---

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

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

Nombre del profesional que receta: \_\_\_\_\_

Domicilio 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 la compra: \_\_\_\_\_ Monto que pagó: \_\_\_\_\_ (adjunte una 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 dentro de las 72 horas** Si tiene una declaración de respaldo del profesional que receta, adjúntela a esta solicitud.

- 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 profesional que receta el tratamiento indica que esperar 7 días puede afectar gravemente su salud, emitiremos automáticamente una decisión dentro de las 72 horas. No puede solicitar una apelación acelerada si está pidiendo que le reembolsemos un medicamento que ya obtuvo.
- Si no obtiene el apoyo del médico que prescribe el tratamiento para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere de una decisión rápida.

## **Explique por qué considera que este medicamento debería estar cubierto**

---

- Adjunte toda la información adicional que pueda ayudar a respaldar su solicitud, como una declaración del profesional que receta o registros médicos.
- Incluya una copia del Aviso de Denegación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- El profesional que receta deberá explicar por qué usted no puede cumplir con las normas de cobertura de nuestro plan o por qué los medicamentos exigidos por el plan no son médicaamente apropiados para usted.
- Otra información que deberíamos tener en cuenta: \_\_\_\_\_

## **Información del representante**

Complete esta sección ÚNICAMENTE si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado ni el profesional que receta para el afiliado. Debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar al afiliado (por ejemplo, un Formulario CMS-1696 completo o un documento equivalente por escrito), en caso de que no se haya presentado en la etapa de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con nosotros al [número de teléfono del plan].

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

Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## **Firme y envíe este formulario**

---

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado, el profesional que receta o el representante):

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

**Envíe por fax o correo postal el formulario completo junto con toda la documentación de respaldo a:**

**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