

SOLICITUD DE REDETERMINACIÓN DE LA DENEGACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Debido a que nosotros, SelectHealth[®], denegamos su solicitud de cobertura o el pago de un medicamento recetado, tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene **60 días** a partir de la fecha de nuestro *Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare* para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo electrónico, fax o correo postal:

> Correo electrónico: **appeals@imail.org**

> Correo: **Attn: Appeals Department**

> Fax: **801-442-0762**

SelectHealth

P.O. Box 30196

Salt Lake City, UT 84130-0196

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en **selecthealth.org/medicare**. Las solicitudes de apelación expedita se pueden realizar por teléfono al **844-208-9012**.

Quién puede presentar una solicitud: su médico puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Contáctenos para saber cómo designar a un representante.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro _____ Nro. de identificación del miembro _____

Dirección física _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ No. de tel. (____) _____ Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el miembro:

Nombre del solicitante _____

Relación con el miembro _____

Dirección física _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ No. de tel. (____) _____ Correo electrónico _____

Para solicitudes de apelación realizadas por alguien que no sea miembro o el profesional que receta:

Adjunte la documentación de representación que muestre la autoridad para representar al afiliado (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o documento escrito equivalente) si la misma no fue presentada en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre la designación de un representante, llame a Servicios para miembros de SelectHealth al **855-442-9900**.

MEDICAMENTO RECETADO QUE ESTÁ SOLICITANDO

Nombre del medicamento _____ Concentración/Cantidad /Dosis _____

¿Ha comprado el medicamento con la apelación pendiente? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí", complete los siguientes campos:

Fecha de compra ____/____/____ Monto pagado _____ (Adjunte copia del recibo)

Nombre de la farmacia _____ Nro. de tel. (____) _____

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE RECETA (EL MÉDICO QUE LE RECETÓ EL MEDICAMENTO)

Nombre del profesional que receta _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono (_____) _____ del consultorio número de fax (_____) _____

Persona de contacto del consultorio _____

Nota importante: resoluciones aceleradas

Si usted o el profesional que receta consideran que esperar siete días por una resolución estándar podría dañar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función en su totalidad, puede solicitar una resolución acelerada (rápida). Si el profesional que receta determina que esperar siete días podría dañar seriamente su salud, automáticamente le daremos una resolución dentro de las 72 horas. Si no obtiene el apoyo del profesional que receta para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una resolución acelerada. No puede solicitar una apelación acelerada si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA RESOLUCIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS (Si tiene una declaración de respaldo de su médico, adjúntela a esta solicitud).**

Explique sus motivos para apelar. Adjunte cualquier información adicional que considere que puede ayudar a su caso, como una declaración del profesional que receta y registros médicos relevantes. Es posible que desee consultar la explicación que proporcionamos en el *Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados* de Medicare.

FIRMA

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

Firma _____ Fecha ____/____/____
Miembro o representante

SelectHealth respeta las leyes federales de derechos civiles. No le brindaremos un trato diferente por motivos de raza, color, origen étnico o nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, o estado de veterano.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電

SelectHealth Advantage: **855-442-9900** (TTY: 711)