



Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare

Debido a que nosotros, Express Scripts, denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted 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 o fax:

Dirección:	Número de fax:
Express Scripts	1.877.852.4070
Attn: Medicare Appeals Dept	
P.O. Box 66588	
St Louis, MO 63166-6588	

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web, www.Express-Scripts.com. Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden hacerse por teléfono llamando al 1.800.935.6103, (los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.716.3231), 24 hours a day, 7 days a week (including holidays).

Quién puede hacer una solicitud: El recetador puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para enterarse de cómo nombrar a un representante.

Información del miembro

Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del miembro _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación de miembro del afiliado _____

Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona que hace esta solicitud no es el miembro:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el miembro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación sobre la representación para solicitudes de apelación hechas por una persona que no es el miembro ni el recetador del miembro:

Adjunte la documentación que muestre la autorización para representar al miembro (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un documento equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, comuníquese con su Plan o llame al 1-800-Medicare.

Medicamento recetado que está solicitando:

Nombre del medicamento: _____ Concentración/Cantidad/Dosis: _____

¿Ha comprado el medicamento pendiente de apelación? Sí No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha en que lo compró: _____ Monto pagado: \$ _____ (adjunte una copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información del recetador

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio _____

Aviso importante: Decisiones aceleradas

Si usted o el recetador consideran que esperar 7 días por una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el recetador indica que esperar 7 días podría dañar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 72 horas. Si usted no obtiene el respaldo del recetador para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere de una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos está pidiendo que le paguemos un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS

Si tiene una declaración de respaldo del recetador, adjúntela a esta solicitud.

Explique sus motivos para la apelación. Adjunte páginas adicionales, si fuese necesario. Adjunte toda información adicional que crea que pueda ayudar a su caso, como una declaración de su recetador y los registros médicos pertinentes. Remítase a la explicación que proporcionamos en el aviso de denegación de la cobertura del medicamento recetado de Medicare y pídale a su recetador que tenga en cuenta los criterios de cobertura del plan, si estuviesen disponibles, conforme se encuentran indicados en la carta de denegación del plan o en otros documentos del plan. Se necesitará la opinión de su recetador para explicar la razón por la cual usted no puede cumplir con los criterios de cobertura del plan y/o la razón por la cual los medicamentos que exige el plan no son médicamente adecuados para usted.

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

Fecha: _____