

## **Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare**

Por el hecho de que nosotros, *Tufts Health One Care* (plan Medicare-Medicaid), denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, usted tiene el derecho de solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 65 días a partir de la fecha de nuestra Notificación de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o fax:

Dirección:  
Tufts Health Plan  
Appeals & Grievances Department  
1 Wellness Way  
Canton, MA 02021

Número de fax:  
1-857-304-6321

También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en [tuftsmedicarepreferred.org](http://tuftsmedicarepreferred.org).

Se pueden presentar solicitudes de apelación expedita por teléfono llamando al 1-855-393-3154 (TTY: 711). Los representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, los representantes están disponibles 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.).

**Quién puede presentar una solicitud:** la persona que emite la receta puede presentar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) presente una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Póngase en contacto con nosotros para informarse sobre cómo nombrar a un representante.

**Información del afiliado**

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del afiliado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de identificación del afiliado \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE 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 de representación para la presentación de apelaciones hechas por una persona que no sea el afiliado o la persona que emite la receta del afiliado:**

**Adjunte documentación que demuestre la autorización para representar al afiliado (un formulario CMS-1696 de Autorización de representación completado o un equivalente por escrito) si no se presentó en la etapa de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre la designación de un representante, póngase en contacto con su plan o llame al 1-800-Medicare.**

**Medicamento recetado que solicita:**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

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

¿Ha comprado el medicamento con apelación pendiente?  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 de la persona que emite la receta**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de oficina \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Persona de contacto en la oficina \_\_\_\_\_

**Nota importante: decisiones expeditas**

Si usted o la persona que emite la receta consideran que esperar 7 días por una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones, pueden solicitar una decisión expedita (rápida). Si la persona que emite la receta indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le comunicaremos automáticamente nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas. Si usted no obtiene el apoyo de la persona que emite la receta para una apelación expedita, determinaremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una resolución expedita de una apelación si está pidiendo que le reembolsemos por un medicamento que usted ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE UN PLAZO DE 72 HORAS (si tiene una declaración de apoyo de parte de la persona que emite la receta, adjúntela a esta solicitud).**

**Explique los motivos por los que presenta la apelación.** Si es necesario, adjunte páginas adicionales. Adjunte cualquier información adicional que considere que puede ayudar en su caso, como una declaración de la persona que emita la receta y la historia clínica pertinente. Le recomendamos que consulte la explicación que le proporcionamos en la Notificación de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y que le pida a la persona que emite la receta que analice los criterios de cobertura del plan, si están disponibles, tal y como se indica en la carta de denegación del plan o en otros documentos de este. Se necesitará la opinión de la persona que emite la receta para explicar por qué usted no puede cumplir con los criterios de cobertura del plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.

---

---

---

**Firma de la persona que presenta la apelación (afiliado o representante):**\_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_