



Solicitud de redeterminación del rechazo de un medicamento con receta de Medicare

Dado que Aetna® rechazó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento con receta, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Cuenta con un plazo de 60 días a partir de la fecha de nuestro *Aviso de rechazo de cobertura de medicamentos con receta de Medicare* para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos esta forma por correo o por fax:

Dirección:

Aetna
Attn: Part D Appeals
4750 S 44th Place Suite 150
Phoenix, AZ 85040-4015

Número de fax:

1-877-270-0148

También puede solicitarnos una apelación por medio de nuestro sitio web en

[AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp).

Las solicitudes de apelaciones urgentes se pueden hacer por teléfono al **1-855-463-0933** (TTY: 711).

Quién puede presentar una solicitud: La persona que emitió la receta puede apelar en su nombre. Si desea que otra persona, como un familiar o un amigo, presente una solicitud por usted, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar un representante.

Información de la persona inscrita

Nombre de la persona inscrita: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de la persona inscrita: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Número de identificación de miembro de la persona inscrita: _____

Complete la siguiente sección SOLO si quien presenta la solicitud no es la persona inscrita:

Nombre del solicitante: _____

Relación del solicitante con la persona inscrita: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Documentación de representación para solicitudes de apelación presentadas por una persona que no es la persona inscrita ni la que emitió la receta:

Adjunte documentación en la que se indique que usted está autorizado a representar a la persona inscrita (una forma CMS-1696 completa de autorización de representación u otro documento impreso equivalente), si es que no la presentó en el nivel de determinación de la cobertura. Para obtener más información sobre la designación de representantes, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare (TTY: 1-877-486-2048) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Medicamento con receta que solicita:

Nombre del medicamento: _____

Concentración, cantidad y dosis: _____

¿Compró el medicamento mientras la apelación estaba pendiente? Sí No

Si la respuesta es “sí”, indique:

Fecha de compra: _____ Monto pagado: \$ _____ (adjunte una copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información de la persona que emitió la receta:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del consultorio: _____ Fax: _____

Persona de contacto en el consultorio: _____

Nota importante: Decisiones urgentes

Puede solicitar una decisión urgente (rápida) si usted o la persona que emitió la receta consideran que esperar 7 días para obtener una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recobrar el máximo desempeño. Si la persona que emitió la receta nos informa que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente tomaremos una decisión dentro de las 72 horas. No obstante, si la persona que emitió la receta no respalda la necesidad de una apelación urgente, nosotros resolveremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación urgente si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTE CASILLERO SI CREE QUE NECESITA QUE TOMEMOS UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS (si cuenta con una declaración de respaldo de la persona que emitió la receta, adjúntela a esta solicitud).

Explique los motivos de la apelación. Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Adjunte información adicional que usted cree que puede favorecer su caso, como una declaración de la persona que emitió la receta y registros médicos pertinentes. Puede hacer referencia a la explicación proporcionada en el *Aviso de rechazo de cobertura de medicamentos con receta de Medicare* y solicitar a la persona que emitió la receta que consulte los criterios de cobertura del plan, si están disponibles, según se indicó en la carta de rechazo del plan o en otros documentos del plan. La persona que emitió la receta debe aportar datos que expliquen el motivo por el cual usted no puede cumplir los criterios de cobertura del plan o la razón por la cual los medicamentos exigidos por el plan no son médicamente convenientes para usted.

Firma de la persona que solicita la apelación (la persona inscrita, la persona que emitió la receta o el representante):

_____ *Fecha:* _____

Aviso en varios idiomas

Servicios de interpretación en varios idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-463-0933. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-463-0933. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-463-0933。我们的中啐工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-463-0933。我們講中啐的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-463-0933. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-463-0933. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trung thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-463-0933 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-463-0933. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-463-0933 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-463-0933. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننب نقدم خدمت المترجم الـآوري المجبنة لإجبنة عن أي أسئلة تتغلق ببلمحة أو جدول الأدوية لدينب. للحصول على مترجم آوري، ليس عليك سوى االتصلب بنب على 1-855-463-0933. سيقوم شخص مب بتحدث الغربية بمسبعذك. هذه خدمة مجبنة.

Hindi: हमारक ढा दवाका बाराक म ढा िंकासा भा प्र जवाब दारक िंिए योजना कर ह हमारक पास मा ढा दाभा िंिया सकवाँ रिप ह ह. एक दाभा िंिया प्रा करन कर िंिए, बस हम 1-855-463-0933 फोन कर. कोई िं जो िं ह ढे िंता ह आपका मदद कर सकता ह. यह एक मा ढा सकवा ह.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-463-0933. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-463-0933. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-463-0933. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-463-0933. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-463-0933 にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele 'ōlelo kā mākou i mea e pane 'ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā'au lapa'au paha. I mea e loa'a ai ke kōkua māhele 'ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-855-463-0933. E hiki ana i kekahi mea 'ōlelo Pelekānia/'Ōlelo ke kōkua iā 'oe. He pōmaika'i manuahi kēia.