



Solicitud de redeterminación de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) denegó su solicitud de cobertura (o el pago) de [name of prescription drug]. Tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Utilice este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días desde la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en <https://www.aetnabetterhealth.com/new-jersey-hmosnp/pharmacy-prescription-drug-benefits.html>.
- Puede realizar solicitudes de apelación acelerada por teléfono llamando al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**.

La persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) presente una apelación en su nombre, dicha persona debe ser su representante. Llámenos al **1-844-362-0934 (TTY: 711)** para conocer cómo nombrar un representante.

Información del inscrito al plan

Nombre del inscrito: _____

Número de identificación del miembro: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Dirección de correo postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Información del medicamento con receta y la persona autorizada a dar recetas

Nombre del medicamento que solicitó: _____

Concentración/cantidad/dosis: _____

Nombre de la persona autorizada a dar recetas: _____

Dirección 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 compra: _____ Monto pagado: _____ (adjunte 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 en un plazo de 72 horas.** Si tiene una declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas, adjúntela a esa solicitud.

- Si usted o la persona autorizada a dar recetas creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, pueden solicitar una decisión acelerada (rápida).
- Si la persona autorizada a dar recetas indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le daremos de manera automática una decisión dentro de las 72 horas. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió.
- Si no obtiene el respaldo de la persona autorizada a dar recetas para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

Explique por qué considera que deberíamos cubrir este medicamento

- Adjunte la información adicional que considere que puede ser útil en su caso, como una declaración de la persona autorizada a dar recetas o registros médicos.
- Incluya una copia del Aviso de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- La persona autorizada a dar recetas deberá explicar por qué no puede cumplir con las normas de cobertura del plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.
- Información adicional que deberíamos considerar: _____

Información del representante

Complete esta sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el miembro inscrito ni la persona autorizada a dar recetas del inscrito. Debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar al inscrito (un formulario CMS-1696 completo o un equivalente por escrito) si no fue presentado en el nivel de la determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar un representante, llámenos al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**.

Nombre del representante: _____

Relación con el inscrito: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Firma y envío de este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (el inscrito, la persona autorizada a dar recetas o el representante):

Firma: _____ **Fecha:** _____

Envíe por fax o por correo el formulario completo y la información de respaldo a la siguiente dirección:

Dirección:

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Attn: Part D Appeals

Pharmacy Department

4750 S 44th PL STE 150

Phoenix, AZ 85040-4015

Número de fax:

1-844-814-2260

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad completamente integrado con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de New Jersey. La inscripción en Aetna Medicare FIDE depende de la renovación del contrato. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan.

If you speak a language other than English, free language assistance services are available.

Visit our website at AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp or call 1-844-362-0934 (TTY: 711), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.

ESPAÑOL (SPANISH): Si habla un idioma que no sea el inglés, los servicios gratuitos de asistencia en idiomas están disponibles. Visite nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp o llame al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

(CHINESE): 傳統漢語(中文)如果您講英語以外的語言,則提供免費語言援助服務。

請造訪我們的網站 AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp 或致電, 1-844-362-0934 (TTY:711), 上午8時至下午8時,每週7天

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.