



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

Debido a que nosotros, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento con receta, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días desde la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Debe enviarnos este formulario por correo o fax usando la información a continuación:

Dirección:	Número de fax:
Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP)	844-814-2260
Attn: Part D Appeals	
Pharmacy Department	
4750 S 44 th PL STE 150	
Phoenix, AZ 85040-4015	

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en www.AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-Hmosnp. Puede realizar solicitudes de apelación acelerada por teléfono llamando al **1-844-362-0934** (TTY: 711).

Quién puede realizar una solicitud: la persona autorizada a dar recetas podría solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar a un representante.

Información del miembro inscrito

Nombre del miembro inscrito _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

N.º de identificación del miembro inscrito _____

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

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el miembro inscrito _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes de apelación realizadas por un tercero que no es el miembro inscrito ni la persona autorizada a dar recetas del miembro inscrito:

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al miembro inscrito (un Formulario de autorización de representación 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 a un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare (TTY: 1-877-486-2048), durante las 24 horas, los 7 días de la semana.

Medicamento con receta que solicita:

Nombre del medicamento: _____ Concentración/cantidad/dosis: _____

¿Compró el medicamento pendiente de apelación? Sí No

Si responde "Sí":

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

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información de la persona autorizada a dar recetas

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto en el consultorio _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

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. Si no obtiene el respaldo de la persona autorizada a dar recetas para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le reembolsemos el costo de 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 de la persona autorizada a dar recetas, adjúntela a esta solicitud).

Explique los motivos de su apelación. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Adjunte toda la información adicional que considere que puede colaborar con su caso, como una declaración de la persona autorizada a dar recetas y los registros médicos relevantes. Le recomendamos consultar la explicación que proporcionamos en el Aviso de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare y que la persona autorizada a dar recetas se refiera a los requisitos de cobertura del plan, si están disponibles, según se indica en la carta de denegación del plan o en otros documentos del plan. Se necesitarán comentarios de la persona autorizada a dar recetas que expliquen por qué usted no puede cumplir los requisitos de cobertura del plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.

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

_____ Fecha: _____

Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934。我们的中文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 1-844-362-0934。我們講中文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 panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-362-0934 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934 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 1-844-362-0934. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-362-0934. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके ककसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाकिया सेवाएँ उपिब्ध हैं. एक दुभाकिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-362-0934 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो कहन्दी बोिता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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 1-844-362-0934. 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、1-844-362-0934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 1-844-362-0934. E hiki ana i kekahi mea ‘ōlelo Pelekānia/‘Ōlelo ke kōkua iā ‘oe. He pōmaika‘i manuahi kēia.

Y0001_NR_30475b_2023_C