

Importante: Este aviso le explica su derecho de apelar nuestra decisión. Lea este aviso cuidadosamente. Si necesita ayuda, puede llamar a uno de los números listados en la última página bajo el título “Obtenga ayuda y más información”.

[Logo]

**AVISO DE DENEGACIÓN DE LA PARTE D DE MEDICARE COBERTURA DE
MEDICAMENTOS RECETADOS**

Fecha:	
Nombre del miembro:	Número de miembro:
Su pedido fue denegado Hemos denegado la cobertura o el pago de la Parte D de Medicare, de los medicamentos que usted o su médico han solicitado:	
¿Por qué denegamos su solicitud? Hemos denegado su solicitud debido a {Provide specific rationale for denial including any applicable Medicare coverage rule or Part D plan policy. See instructions for additional detail.}: Debe compartir una copia de esta decisión con su médico, para que puedan discutir los próximos pasos. Si su médico solicitó la cobertura en su nombre, hemos compartido esta decisión con su médico. [Language to be inserted, as applicable, for prescription drugs that are or may be covered under Medicare Parts A or B]: [Medicare Advantage plans that also provide Part D coverage (MA-PDs):] {La Parte D de Medicare le ha denegado su pedido. Sin embargo, la Parte A/B de Medicare ha aprobado la cobertura/el pago de los medicamentos solicitados {explain the conditions of approval in a readable and understandable format}. Si piensa que la Parte D de Medicare tendría que haberlo pagado, puede apelar la decisión. [Standalone Part D plans (PDPs):] {La Parte D de Medicare le ha denegado su pedido. Sin embargo, podría ser cubierto por la Parte A o B de Medicare. Si desea más información, hable con su médico o llame al 1-800-MEDICARE. }	

¿Qué puedo hacer si no estoy de acuerdo con esta decisión?

Usted tiene el derecho de apelar. Si desea hacerlo, tiene que apelar la decisión en un plazo de 60 días de la fecha de este aviso. Le podríamos otorgar más tiempo si tiene algún motivo válido para no cumplir con el plazo estipulado. Usted tiene el derecho a solicitar una **excepción al formulario** si cree que necesita un medicamento que no está en la lista de los medicamentos cubiertos (formulario). También tiene el derecho a solicitarnos una **excepción a una norma de cobertura** si cree que dicha norma (como una autorización previa o un límite a la cantidad) no se aplica a su caso. Además, puede proporcionar información que demuestre que cumple con la norma de cobertura que se aplica al medicamento que solicita o puede solicitar una excepción sobre la norma de cobertura. Puede pedir una **excepción de nivel** si piensa que debería obtener un medicamento con un costo compartido menor. Su médico debe proporcionar una declaración que apoye su pedido de excepción.

¿Quién puede apelar?

Usted, su médico o su representante pueden solicitar una apelación acelerada (rápida) o estándar. Usted puede nombrar a un familiar, amigo, médico, abogado u otra persona para que actúe como su representante legal. Otras personas ya podrían estar autorizadas por la Ley estatal para representarlo.

También puede llamarnos al: ()_____para averiguar cómo designar un representante. Si tiene un impedimento auditivo o del habla, llámenos al TTY: ()_____.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SUS DERECHOS DE APELACIÓN

Hay dos tipos de apelación que puede solicitar:

Acelerada (72 horas): Usted, su médico o su representante pueden solicitar una apelación acelerada (rápida) si usted o su médico creen que esperar 7 días para que le notifiquen la decisión podría poner su salud en peligro. Usted no puede pedir una apelación acelerada si es por un reembolso por un medicamento que ya recibió. Si le aceptan su pedido de apelación acelerada, le deben comunicar la decisión en las 72 horas siguientes a su apelación.

- ☐ **Si su médico** solicita o apoya su pedido de apelación acelerada e indica que si tiene que esperar 7 días hasta que se tome la decisión su salud puede ser seriamente afectada, **nosotros aceleraremos automáticamente su pedido de apelación.**
- ☐ Si solicita una apelación acelerada sin el apoyo de la declaración de su médico, entonces nosotros determinaremos si necesita una apelación acelerada. Si decidimos que no es necesario otorgarle una apelación acelerada, se lo comunicaremos y tomaremos una decisión en un plazo de 7 días.

Estándar (7 días): Usted, su médico o su representante pueden solicitar una apelación estándar. Debemos comunicar la decisión en los 7 días siguientes a su apelación. Si su apelación es para pagar un medicamento que ya recibió, le comunicaremos una decisión por escrito en 14 días.

¿Qué debo incluir en mi solicitud de apelación?

Usted debe incluir su nombre, dirección, número de miembro, los motivos de su apelación y cualquier evidencia que desee adjuntar. Recuerde que su médico debe darnos una declaración de respaldo si está solicitando una excepción a una norma de cobertura. Debe incluir información sobre por qué la norma de cobertura no debe aplicarse a usted debido a su condición médica específica. Si está apelando por un medicamento que no es parte de nuestro formulario, su médico debe informarnos que ningún otro medicamento de cualquier otro nivel de nuestro formulario puede tratar su problema de salud eficazmente, como el medicamento que le ha recetado y que no está en el formulario, o que cualquier otro medicamento podría ser adverso para su salud.

¿Cómo apelo la decisión?

Para una apelación acelerada: Usted, su médico o su representante pueden presentar una apelación por teléfono, por fax, correo postal o a través del sitio web del plan. **Una solicitud verbal por teléfono es la manera más rápida de presentar una solicitud acelerada (rápida).**

Teléfono:

TTY:

Para una apelación estándar: [For plans that accept verbal standard requests:] *{Usted, su médico o su representante debe enviar por teléfono, por fax, correo postal o entregar una solicitud de apelación por escrito a la dirección abajo.}*

[For plans that do not accept verbal standard requests:] *{Usted, su médico o su representante debe enviar por fax, a través del sitio web del plan o enviando una carta a la dirección abajo.}*

[For plans that do not accept verbal standard requests, omit the plan phone number and TTY]

{Teléfono:}

{TTY:}

Fax:

Sitio web del plan:

Dirección:

¿Qué ocurre después?

Si usted apela, evaluaremos nuevamente su caso y tomaremos una decisión. Si se deniega nuevamente la cobertura de cualquier medicamento que haya solicitado, puede pedir que un revisor independiente que no pertenezca al plan Medicare de medicamentos recetados evalúe su caso. Si aún no está de acuerdo con la decisión, podrá apelar al nivel siguiente. Si esto ocurre le informarán sobre sus derechos de apelación.

Obtenga ayuda y más información

- {Plan Name} Teléfono sin cargo: Los usuarios de TTY deben llamar al:
{Insert call center hours of operation}
{Insert plan website}

• 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048

Centro de los derechos de Medicare: 1-888-HMO-9050 (1-888-466-9050)

Localizador Eldercare: 1-800-677-1116

Centro de Asistencia Técnica del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico: 877-839-2675

Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995 (PRA), las personas no están obligadas a responder una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control de la oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB) válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0976. El tiempo necesario para responder esta recopilación de información es de aproximadamente 30 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Tiene derecho a obtener información de Medicare en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio. También tiene derecho a presentar una queja si considera que ha sido discriminado. Visite [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.