

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

Humana denegó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado. Usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión.

**Utilice este formulario para apelar la decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días posteriores a la fecha de nuestro Aviso de denegación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en [www.humana.com/denial](http://www.humana.com/denial).
- Las solicitudes de apelación acelerada se pueden realizar por teléfono al 1-800-451-4651.

El profesional que receta el medicamento puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) presente una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar a un representante.

### **Información del afiliado del plan**

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_

Número de identificación de afiliado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### **Información del profesional que receta y de la receta**

Nombre del medicamento que solicitó: \_\_\_\_\_

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

Nombre del profesional que receta: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_ Fax del consultorio: \_\_\_\_\_

Persona de contacto en el consultorio: \_\_\_\_\_

¿Ya compró este medicamento?  Sí  No

Si la respuesta es Sí:

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Importe pagado: \_\_\_\_\_  
(adjuntar copia del recibo)

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la farmacia:

**¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?**

**MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de parte del profesional que receta, adjúntela a esta solicitud).**

- Si usted o el profesional que receta el medicamento consideran que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo funcionamiento, puede solicitar una decisión acelerada (rápida).
- Si el profesional que receta el medicamento indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le comunicaremos una decisión automáticamente en un plazo de 72 horas. No puede solicitar una apelación acelerada si nos está solicitando que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya recibió.
- Si no obtiene el respaldo del profesional que el medicamento para solicitar una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

**Explique por qué considera que debería cubrirse este medicamento**

- Adjunte cualquier información adicional que considere útil para su caso, como la declaración del profesional que receta el medicamento o expediente médico.
- Incluya una copia del Aviso de denegación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Adjunte cualquier información adicional que considere útil para su caso, como la declaración del profesional que receta el medicamento o expediente médico.
- El proveedor que receta el medicamento deberá explicar por qué no puede cumplir con las normas cobertura de nuestro plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son adecuados por razones médicas para usted.

- Otra información que debemos tener en cuenta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Información del representante**

Complete esta sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado o el proveedor que receta el medicamento. Debe adjuntar la documentación que demuestre que la persona está autorizada para representar al afiliado (Formulario CMS-1696 completado o un documento equivalente por escrito) si dicha documentación no se envió al nivel de la determinación o la redeterminación de la cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.

Nombre del representante: \_\_\_\_\_  
Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**Firme y envíe este formulario**

<p><b>Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado o el representante):</b></p> <p>_____ Fecha: _____</p>
---

**Envíe por fax o correo postal su formulario completado y cualquier información de respaldo a:**

Dirección:  
Humana Grievances and Appeals  
(Quejas Formales y Apelaciones de Humana)  
P.O. Box 14165  
Lexington, KY 40512-4165

Número de fax:  
1-877-556-7005