



**Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare**

Debido a que nosotros, Express Scripts, denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o fax:

Dirección:  
Express Scripts  
Attn: Medicare Appeals Dept  
P.O. Box 66588  
St Louis, MO 63166-6588

Número de fax:  
1.877.852.4070

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web, [www.Express-Scripts.com](http://www.Express-Scripts.com). Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden hacerse por teléfono llamando al 1.800.935.6103, (los usuarios de TTY pueden llamar al 1.800.716.3231), 24 hours a day, 7 days a week (including holidays).

**Quién puede hacer una solicitud:** El recetador puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para enterarse de cómo nombrar a un representante.

**Información del miembro**

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del miembro \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de ID del Plan del miembro \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona que hace esta solicitud no es el miembro:**

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Relación del solicitante con el miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Documentación sobre la representación para solicitudes de apelación hechas por una persona que no es el miembro ni el recetador del miembro:**

**Adjunte la documentación que muestre la autorización para representar al miembro (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un documento equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, comuníquese con su Plan o llame al 1-800-Medicare.**



**Medicamento recetado que está solicitando:**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Concentración/Cantidad/Dosis: \_\_\_\_\_

¿Ha comprado el medicamento pendiente de apelación?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha en que lo compró: \_\_\_\_\_ Monto pagado: \$ \_\_\_\_\_ (adjunte una copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Información del recetador**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

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

Persona de contacto del consultorio \_\_\_\_\_

**Aviso importante: Decisiones aceleradas**

Si usted o el recetador consideran que esperar 7 días por una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el recetador indica que esperar 7 días podría dañar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 72 horas. Si usted no obtiene el respaldo del recetador para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere de una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos está pidiendo que le paguemos 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 del recetador, adjúntela a esta solicitud.**

**Explique sus motivos para la apelación.** Adjunte páginas adicionales si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que considere que puede ser de ayuda en su caso, como una declaración del recetador y los registros médicos pertinentes. Tal vez desee consultar la explicación que le dimos en el Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma de la persona que solicita la apelación (el miembro, el recetador o el representante del miembro):**

Fecha: \_\_\_\_\_