



Solicitud de Redeterminación de Denegación de Medicamentos con Receta de Medicare

Use este formulario para presentar una apelación (solicitud para que reconsideremos nuestra decisión) si denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento con receta. Usted tiene 65 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare para presentar una apelación.

¿Quiénes pueden presentar una solicitud? Usted, el profesional que receta o un familiar o amigo pueden solicitar una apelación en nombre de usted. Si desea que un familiar o un amigo solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Llámenos para obtener información sobre cómo nombrar a un representante.

Información del miembro

Nombre completo _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de ID de miembro de UnitedHealthcare _____

Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono _____

Llene la siguiente sección solamente si está llenando este formulario por el miembro.

Información del representante

Nombre completo _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Relación con el miembro _____

Nota: Si usted está llenando este formulario por el miembro y no es el profesional que receta, tendrá que llenar un formulario de Nombramiento de un Representante (CMS 1696) por separado si aún no lo ha hecho.

Información del medicamento con receta

Nombre del medicamento _____

Concentración/cantidad/dosis del medicamento _____

¿Ya compró el medicamento que tiene la aprobación pendiente? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", proporcione la siguiente información:

Fecha de compra _____

Cantidad pagada \$ _____ (incluya una copia del recibo)

Nombre de la farmacia _____

Número de teléfono de la farmacia _____

Información del profesional que receta

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono del consultorio _____

Número de fax del consultorio _____

Persona de contacto del consultorio _____

Explique los motivos de su apelación. Puede adjuntar información adicional que usted crea que podría ayudar a su caso, como una declaración del profesional que receta o registros médicos pertinentes. Le recomendamos que consulte la explicación que proporcionamos en el Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare. Si es necesario, adjunte páginas adicionales.

¿Su apelación debe ser rápida? Las apelaciones rápidas son solamente para medicamentos que aún no se proporcionaron y solamente si usted y el profesional que receta consideran que esperar una decisión estándar durante 7 días pondría su vida, su salud o su capacidad para recuperarse completamente en grave peligro. Las apelaciones rápidas se resuelven en un plazo no mayor de 72 horas desde el momento en que las recibimos. Si usted no obtiene el respaldo del profesional que receta para solicitar una apelación rápida, decidiremos si su caso amerita una decisión rápida. No puede solicitar una apelación rápida para pedirnos que le devolvamos el dinero por un medicamento que usted ya recibió.

- ☐ Marque esta casilla si necesita que se tome una decisión rápida en un plazo no mayor de 72 horas.

Si tiene una declaración de respaldo del profesional que receta, adjúntela a esta solicitud.

Firma

Firma del miembro o representante autorizado

Fecha

¿Está listo para enviar el formulario llenado?

Puede enviarnos este formulario por correo postal o fax:

UnitedHealthcare
Appeals and Grievances Department
P.O. Box 6106, MS CA120-0368
Cypress, CA 90630

Fax para presentar apelaciones estándar: 1-866-308-6294

Número de teléfono para presentar apelaciones rápidas: 1-800-595-9532

Usted también puede visitar UHCMedicareSolutions.com para solicitarnos una apelación.

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro.

Muchas gracias por tomarse el tiempo para llenar este formulario. Si tenemos más preguntas, nos comunicaremos con usted.