

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

Perennial Advantage denegó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado. Usted tiene el derecho de solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Use este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación en un plazo de 65 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web, en PerennialAdvantage.com.
- Las solicitudes de apelación acelerada se pueden realizar por teléfono al 1-844-788-6959 (TTY 711)

Su médico que emite la receta puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Llámenos al 1-844-788-6959 (TTY 711) para saber cómo nombrar a un representante.

### Información del afiliado del plan

---

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

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

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información del medicamento recetado y del médico que emite la receta

---

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

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

Nombre del médico que emite la receta: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

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

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

¿Ya compró este medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ:

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Monto pagado: \_\_\_\_\_ (adjunte una 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 del médico que emite la receta, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o su médico que emite la receta cree 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 médico que emite la receta indica que esperar 7 días podría dañar gravemente su salud, le daremos una decisión automáticamente en un plazo de 72 horas. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le paguemos por un medicamento que ya adquirió.
- Si no obtiene el respaldo de su médico que emite la receta para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

### **Explique por qué cree que este medicamento debe estar cubierto**

- Adjunte cualquier información adicional que considere que puede ayudar a su caso, como una declaración de su médico que emite la receta y registros médicos.
- Incluya una copia del Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su médico que emite la receta deberá explicar por qué no puede cumplir con las reglas de cobertura de nuestro plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son medicamento apropiados para usted.
- Otra información que debemos considerar: \_\_\_\_\_

### **Información del representante**

Complete esta sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es el afiliado o el médico que le emite la receta al afiliado. Debe adjuntar documentación que muestre la autoridad para representar al afiliado (como un formulario CMS-1696 completado o un escrito equivalente) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, llámenos al 1-844-788-6959 (TTY 711).

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### **Firme y envíe este formulario**

Firma de la persona que solicita la apelación (afiliado, médico que emite la receta o representante):

Firma: \_\_\_\_\_

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

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

**Dirección:**  
Perennial Advantage  
P.O. Box 1039  
Appleton, WI 54912-1039

**Número de fax:**  
1-844-268-9791