



<Date>

Estimado/a <Name of Applicant>:

<Mail Address>

<City, State Zip>

Estimado/a <Name of Applicant> :

Solicitud de redeterminación de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare

Debido a que Aspire Health Advantage (HMO) negó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento con receta, usted tiene el derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha del Aviso de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Nos puede enviar este formulario por correo o fax:

Dirección:	Número de fax:
Aspire Health Plan	831-574-4939
Part D Appeals & Grievances Department	Número gratuito: 855-570-1600
10 Ragsdale Drive, Suite 101	
Monterey, CA 93940	

También puede solicitar una apelación en nuestro sitio web en www.aspirehealthplan.org. Las solicitudes de apelación acelerada pueden efectuarse por teléfono o al número gratuito 855-570-1600. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Quién puede solicitar una determinación: la persona que emite la receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un miembro de la familia o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Para obtener información sobre cómo nombrar a un representante, póngase en contacto con nosotros.

10 RAGSDALE DRIVE, SUITE 101, MONTEREY, CA 93940 ■ (855) 570-1600 / 711 (TTY)

H8764_AG_D_2_SP_Redeterm Request Form_Accepted10082013



ASPIRE HEALTH PLAN

Información del inscrito

Nombre de la persona inscrita _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de la persona inscrita _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Número de identificación del plan del inscrito _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza la solicitud NO es la persona inscrita:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con la persona inscrita

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para las solicitudes de apelación realizadas por una persona que no sea la persona inscrita ni la persona que emite la receta:

Adjunte la documentación que certifique la autorización para representar a la persona inscrita (un Formulario CMS-1696 de Autorización de representación completo) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, póngase en contacto con su plan o llame al 1-800-Medicare.



ASPIRE HEALTH PLAN

Medicamento con receta que solicita:

Nombre del medicamento: : _____ Concentración/cantidad/dosis: _____

¿Compró el medicamento cuya apelación está pendiente? Sí No

Si la respuesta es "Sí"

Fecha de compra: _____ Monto pagado: \$ _____ (adjunte copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información de la persona autorizada a dar recetas

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o la persona que emite la receta creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, pueden solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que emite la receta indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas. Si no obtiene el respaldo de la persona que emite la receta para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si pide un reembolso para un medicamento con receta que ya compró.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 72 HORAS

Si tiene una declaración de respaldo de la persona que emite la receta, adjúntela a esta solicitud.

10 RAGSDALE DRIVE, SUITE 101, MONTEREY, CA 93940 ■ (855) 570-1600 / 711 (TTY)



ASPIREHEALTHPLAN

Explique las razones de la apelación. Adjunte páginas adicionales, si fuera necesario. Adjunte toda la información adicional que considere útil para su caso, como una declaración de la persona que emite la receta e historias clínicas relevantes. Quizás desee consultar la explicación que incluimos en el Aviso de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Firma de la persona que solicita la apelación (la persona inscrita, la persona que emite la receta o el representante de la persona inscrita):

_____ Fecha: _____