



## Solicitud de redeterminación de rechazo de medicamentos recetados de Medicare

Debido a que nosotros, Wellcare By Allwell, rechazamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, tiene el derecho de solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene **65** días a partir de la fecha de nuestro Aviso de rechazo de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo postal o por fax:

Address:  
Attn: Medicare Pharmacy Appeals  
[P.O. Box 31383  
Tampa, FL 33631-3383]

Fax Number:  
[1-866-388-1766]

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web, [www.wellcare.com/OK](http://www.wellcare.com/OK). Las solicitudes de apelaciones aceleradas se pueden realizar llamando a Servicios al Miembro al 1-800-977-7522 (TTY: 711). Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Hay un sistema de mensajería disponible después del horario de atención, los fines de semana y los feriados federales.

**Quién puede presentar una solicitud:** El profesional que expide recetas puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o un amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo nombrar a un representante.

**Información de la persona inscrita**

Nombre de la persona inscrita \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio de la persona inscrita \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_

N.º de identificación (ID) de la persona inscrita \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona que realiza esta 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 solicitudes de apelación realizadas por una persona que no sea la persona inscrita o el profesional que expide recetas de la persona inscrita:**

**Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar a la persona inscrita (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un documento equivalente) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.**

**Medicamento recetado que solicita:**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Potencia/cantidad/dosis: \_\_\_\_\_

¿Compró el medicamento pendiente de apelación?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí":

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

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

**Información del profesional que expide recetas**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

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

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

**Nota importante: Decisiones aceleradas**

Si usted o el profesional que expide recetas consideran que esperar 7 días para obtener una decisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar las funciones máximas, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el profesional que expide recetas indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 72 horas. Si no obtiene el apoyo del profesional que expide recetas para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le paguemos un medicamento recetado que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS (si tiene una declaración de apoyo del profesional que expide recetas, adjúntela a esta solicitud).**

**Explique los motivos de la apelación.** Adjunte páginas adicionales si lo necesita. Adjunte cualquier información adicional que crea que puede ayudar en su caso, como una declaración del profesional que expide recetas y los expedientes médicos pertinentes. Le recomendamos consultar la explicación que proporcionamos en el Aviso de rechazo de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pedirle al profesional que expide recetas que aborde los criterios de cobertura del plan, si están disponibles, tal como se indican en la carta de rechazo del plan o en otros documentos del plan. Se necesitará la opinión del profesional que expide recetas para explicar por qué usted no puede cumplir con los criterios de cobertura del plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.

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

**Firma de la persona que solicita la apelación (la persona inscrita o el representante):**

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