



MP-AG-TEMP-128-11032015-S

Solicitud de Redeterminación para Medicamentos de Receta de Medicare Denegados

Debido a que PMC Medicare Choice denegó su solicitud de cubierta (o pago) para un medicamento de receta, usted tiene derecho a solicitar una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted cuenta con 60 días a partir de la fecha del *Aviso de Negación de la Cobertura de Medicare para Recetas Médicas* para solicitar dicha redeterminación. Este documento puede ser enviado por correo o fax a:

Dirección:
PMC Medicare Choice
PO Box 366292
San Juan, PR 00936-6292

Número de fax:
787-620-2390

Usted también puede solicitar una apelación a través de nuestra página de internet www.pmcpr.org. Las apelaciones expeditas pueden solicitarse por teléfono comunicándose al 1-866-516-7700 libre de costo o al 787-625-2126, área metropolitana. Llamadas TTY al 1-866-516-7701.

Quién puede llevar a cabo una solicitud: Su médico puede solicitar una apelación en su nombre. Si usted desea que otro individuo (como un miembro de su familia o amigo) solicite una apelación por usted, esta persona debe ser su representante. Contáctenos para informarle cómo nombrar a un representante.

H4004 – PMC Medicare Choice
Y0049_2016 3034 0005 1

Información del afiliado

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Identificación del plan del afiliado _____

Complete la siguiente sección SÓLO si la persona que realiza la solicitud no es el afiliado:

Nombre del solicitante _____

Relación con el afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes llevadas a cabo por alguien que no sea el afiliado o el médico:

Adjunte la documentación que muestre la autoridad para representar al afiliado (Formulario de nombramiento de representante autorizado CMS-1696 o un equivalente escrito) si no fue enviada a nivel de determinación de cubierta. Para más información acerca de cómo nombrar un representante, contáctenos o llame a 1-800-Medicare.

Medicamento de receta que solicita:

Nombre de medicamento: _____ Dosis/Cantidad:

¿Ha comprado el medicamento para el cual solicita la apelación? Sí No

Si marcó "Sí":

Fecha de compra: _____ Cantidad pagada: \$ _____ (adjunte copia de recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia:

Información del médico

Nombre

Dirección

Ciudad _____ Estado _____ Código postal

Teléfono de la oficina _____ Fax

Persona contacto en la oficina

Nota importante: decisiones expeditas

Si usted o su médico consideran que la espera de 7 días por una decisión estándar podría causar daños serios a su vida, salud o habilidad para recuperar la función máxima, usted puede solicitar una decisión expedita (rápida). Si su médico indica que la espera de 7 días podría causar daños a su salud, nosotros le proveeremos una decisión dentro de 72 horas. Si usted no obtiene el apoyo de su médico para llevar a cabo una apelación expedita, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación expedita si usted se encuentra solicitando reembolso por un medicamento que ya recibió.



MARQUE ESTE ENCASILLADO SI USTED CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 72 HORAS. Si usted posee justificación médica, adjúntela a esta solicitud.

Por favor, explique las razones de apelación. Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Añada cualquier información adicional que usted considere pueda ayudar en su caso, tal como una justificación de su médico y/o expedientes médicos relevantes. Usted podría hacer referencia a la explicación que le fue provista en el *Aviso de Negación de la Cobertura de Medicare para Recetas Médicas*.

Firma de la persona que solicita la apelación (afiliado, médico o representante):
_____ **Fecha:** _____

PMC Medicare Choice es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en PMC Medicare Choice depende de la renovación del contrato.

MMM Healthcare, LLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1- 866-516-7700 (TTY: 1- 866-516-7701).