



# Solicitud de apelación de una denegación de autorización de Aetna Medicare Advantage Plan

Dado que Aetna (o uno de nuestros delegados) denegó su solicitud de cobertura de un producto o servicio médico o de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a solicitarnos una apelación de nuestra decisión. Tiene 60 días calendario a partir de la fecha de la denegación para solicitarnos una apelación. Debe enviarnos este formulario por correo o fax usando la información a continuación:

**Dirección:**

Aetna Medicare Appeals  
PO Box 14067  
Lexington, KY 40512

**Número de fax:**

1-724-741-4953

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en [www.aetnamedicare.com](http://www.aetnamedicare.com). Puede realizar solicitudes de apelación acelerada por teléfono llamando al **1-888-267-2637**.

**Quién puede realizar una solicitud:** Su médico puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, dicha persona debe ser su representante. Para obtener información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con nosotros al **1-888-267-2637, (TTY 711), de 08:00 a. m. a 09:00 p. m., de lunes a domingo.**

**Información del miembro inscrito**

|                                |  |                     |
|--------------------------------|--|---------------------|
| Nombre del miembro inscrito    |  | Fecha de nacimiento |
| Dirección del miembro inscrito |  |                     |
| Ciudad                         | Estado                                     | Código postal       |
| Teléfono principal<br>( )      | N.º de identificación de plan del inscrito |                     |
| Teléfono celular<br>( )        | Teléfono alternativo<br>( )                |                     |

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el miembro inscrito:**

|                         |                                  |  |
|-------------------------|----------------------------------|--|
| Nombre del solicitante  |                                  | Relación del solicitante con el miembro inscrito |
| Dirección               |                                  |  |
| Ciudad                  | Estado                           | Código postal                                    |
| Teléfono<br>( )         | Número de fax<br>( )             |  |
| Teléfono celular<br>( ) | Teléfono alternativo<br>( ) Ext. |  |

