



Plan Name: (Check One)

- SilverScript Choice (PDP)
- SilverScript Plus (PDP)
- SilverScript SmartRx (PDP)

Formulary ID: (Check One)

- 21107 Choice
- 21108 Plus
- 21109 SmartRx

Contract ID: S5601

Plan ID: \_\_\_\_\_

## Solicitud de redeterminación de rechazo de medicamento recetado de Medicare

Ya que nosotros, Silverscript Insurance Company, denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, usted tiene el derecho de pedirnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 65 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare para pedirnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección: Silverscript Insurance Company Prescription Drug Plans Coverage  
Decisions and Appeals Department  
P.O. Box 52000, MC109  
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax: 1-855-633-7673

También puede pedirnos una apelación a través de nuestro sitio Web en [www.silverscript.com](http://www.silverscript.com). Las solicitudes expeditas de apelación pueden hacerse por teléfono al 1-866-235-5660, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Quién puede hacer una solicitud:** Su proveedor puede solicitar una apelación de parte de usted. Si desea que otra persona (tal como un familiar o un amigo) solicite una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar a un representante.

### Información del miembro

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del miembro \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_ No. de ID del miembro \_\_\_\_\_

### Llene la siguiente sección SÓLO si la persona que presenta la solicitud no es el miembro inscrito:

Nombre de la persona que presenta la solicitante \_\_\_\_\_

Relación con el miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_

**La documentación de representación para solicitudes de apelación deben hacerse por alguien que no sea el miembro o el médico del miembro:**

**Adjunte la documentación que muestra la autoridad de representar al miembro (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completo o un equivalente escrito) si no fue presentado al nivel de la determinación de cobertura. Para más información sobre la designación de un representante, llame a su plan o al 1-800-Medicare, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al: 1-877-486-2048**

**Medicamento recetado que solicita:** \_\_\_\_\_

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

¿Ha comprado el medicamento mientras la apelación está en curso?     Sí     No

De ser "sí": Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Monto pagado: \$ \_\_\_\_\_ (adjunte copia del recibo)

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

**Información del profesional de salud**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

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

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

**Nota importante: Decisiones sin demora**

Si usted o su médico cree que esperar 7 días para una decisión estándar podría poner en peligro seriamente su vida, su salud o habilidad de recobrar sus plenas funciones, puede pedir una decisión sin demora (rápida). Si su profesional de salud indica que el esperar 7 días podría poner en serio peligro su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las siguientes 72 horas. Si no recibe el apoyo de su profesional de salud, la organización de revisión independiente decidirá si su condición de salud requiere de una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación rápida si nos pide que le paguemos por un medicamento que usted ya recibió.

- MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS SIGUIENTES 72 HORAS. (Si tiene una declaración de soporte de su médico, adjúntela a esta solicitud.**

**Explique las razones de su apelación.** Adjunte páginas adicionales, de ser necesario. Adjunte cualquier información adicional que crea que pueda ayudar su caso, tal como una declaración de su profesional de salud y expedientes médicos relevantes. Quizás quiera consultar la explicación provista en el Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare y hacer que su médico envíe los criterios de cobertura del Plan, si están disponibles, como se indica en la carta de denegación o en otros documentos del Plan. Se necesitará la opinión de su médico para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el Plan no son medicamento apropiados para usted.

---

---

---

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

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

El formulario y/o la red de farmacias podrían cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.