



## Solicitud de Redeterminación de Denegación de Medicamentos Recetados de Medicare

Debido a que MAPFRE Medicare Excel le negó su solicitud de cobertura de la (o el pago de) un medicamento con receta, usted tiene el derecho a solicitar una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 60 días a partir de la fecha de la Notificación de Denegación de la Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare a solicitar una redeterminación. Este formulario puede ser enviado a nosotros por correo o por fax:

Dirección:  
MAPFRE Medicare Excel  
PO Box 71419  
San Juan, PR 00936-7419

Número de Fax:  
787-772-8288

Usted también puede solicitar una apelación a través de nuestro website: [www.mapfremedicare.com](http://www.mapfremedicare.com). Solicitud de apelación acelerada se puede realizar por teléfono al 787-250-5288 o 1-888-750-5288 (libre de costo).

**¿Quién puede hacer una Solicitud?:** Su médico puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) para solicitar una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Contáctenos para saber cómo nombrar a un representante.

### Información del Afiliado

Nombre del Afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del Afiliado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de ID del plan del Afiliado \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona solicitando esta solicitud no es el afiliado:**

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Relación con el afiliado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Representación de la documentación para las solicitudes de apelación hecha por alguien que no sea el afiliado o médico del afiliado:**

Adjuntar documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (una Forma de CMS -1696 completada Autorización de Representante o un equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para más información sobre el nombramiento de un representante, póngase en contacto con su plan o 1-800-Medicare.

**Medicamentos recetados que usted está solicitando:**

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

Ha comprado medicamentos durante la apelación?  Si  No

Si respondió "Sí":

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada: \$ \_\_\_\_\_ (incluya copia del recibo)

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



**Información del Médico**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Persona contacto de la oficina \_\_\_\_\_

**Nota Importante: Decisiones Aceleradas**

Si usted o su médico creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría afectar seriamente su vida, la salud, o la capacidad de recuperar su máxima funcionalidad, usted puede pedir una revisión acelerada (rápida) la decisión. Si su médico indica que esperar 7 días podría afectar seriamente su salud, nosotros automáticamente le daremos una decisión dentro de 72 horas. Si usted no puede obtener el apoyo de su médico para una apelación acelerada, vamos a decidir si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos está pidiendo que le paguemos por un medicamento que ya ha recibido.

**MARQUE ESTA CASILLA SI USTED CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN 72**

**HORAS. Si usted tiene una carta de su médico, inclúyala en la solicitud.**

**Por favor, explique sus razones para apelar.** Adjunte páginas adicionales de ser necesario. Adjunte cualquier información adicional que cree que puede ayudar en su caso, como una carta de su médico y registros médicos pertinentes. Es posible que desee hacer

referencia a la explicación que le dimos en la Notificación del Denegación de la Cubierto de Medicamentos Recetados de Medicare.

---

---

---

---

---

**Firma de la persona solicitando la apelación (el afiliado, o el médico del afiliado o su representante):**

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

