



**Información del inscrito**

Nombre del Inscrito \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del Inscrito \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de ID del Plan del Inscrito \_\_\_\_\_

**Complete la sección siguiente SÓLO si la persona que hace esta petición no es el inscrito:**

El Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_

La Relación del Solicitante al Inscrito \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

**Documentación de representación para peticiones de apelación hechas por alguien además del inscrito o prescriptor del inscrito:**

**Ate la documentación mostrando a las autoridades para representar al inscrito (una Forma de Representación CMS-1696 de Autorización completa o un equivalente escrito) si no fuera presentado en el nivel de determinación de cobertura. Para más información en el nombramiento de un representante, póngase en contacto con su plan o 1-800- Medicare.**

**Prescripción de medicina que usted solicita:**

Nombre de la medicina: \_\_\_\_\_ Fuerza/cantidad/dosis: \_\_\_\_\_

¿Ha comprado usted la apelación pendiente de medicina?  Sí  No

Si "Sí":

Fecha comprada: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada: \$ \_\_\_\_\_ (ate la copia del recibo)

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

**Información del Prescribidor**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Oficina \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Persona de Contacto en la Oficina \_\_\_\_\_

**Nota Importante: Decisiones Aceleradas**

Si usted o su prescribidor creen que la espera de 7 días para una decisión estándar podría dañar seriamente su vida, salud, o capacidad de recobrar la función máxima, usted puede pedir una decisión (rápida) acelerada. Si su prescribidor indica que la espera de 7 días podría dañar seriamente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de 72 horas. Si usted no obtiene el apoyo de su prescribidor para una apelación acelerada, nos decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si usted nos pide devolverle para una medicina que usted ya recibió.

**MARQUE ESTA CAJA SI USTED CREE QUE USTED NECESITA UNA DECISION DENTRO de 72 HORAS Si usted tiene una declaración de apoyo de su prescribidor, lo ata a esta petición.**

**Por favor explique sus motivos de la apelación.** Ate páginas adicionales, si es necesario. Ate cualquier información adicional que usted cree puede ayudar a su caso, como una declaración de su prescribidor y archivos médicos relevantes. Usted puede querer referirse a la explicación que proporcionamos en el Aviso Negado de Cobertura de Medicina de Prescripción de Medicare.

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

**Firma de la persona que solicita la petición (el inscrito, o prescribidor del inscrito o representante):**

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