



Solicitud de nueva determinación de denegación de un medicamento con receta de Medicare

Dado que Cigna denegó su solicitud de cobertura de (o el pago de) un medicamento con receta, usted tiene derecho a pedirnos una nueva determinación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 60 días a partir de la fecha de nuestra Notificación de denegación de cobertura de un medicamento con receta de Medicare para pedirnos una nueva determinación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:
Cigna
Medicare Clinical Appeals
P.O. Box 66588
St. Louis, MO 63166-6588

Número de fax:
1-866-593-4482

También puede pedirnos una apelación a través de nuestro sitio web, en www.Cigna.com/Medicare
Las solicitudes de apelación acelerada pueden realizarse por teléfono al número 1-866-845-6962.

Quién puede realizar una solicitud: El profesional que le emitió la receta puede pedirnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar un representante.

Información del miembro

Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del miembro _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de ID del miembro _____

Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona que efectúa esta solicitud no es el miembro:

Nombre del solicitante _____

Relación entre el solicitante y el miembro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes de apelación efectuadas por una persona distinta del miembro o el profesional que le emitió la receta al miembro:

Adjunte documentación que muestre las facultades para representar al miembro (un formulario de Autorización de representación CMS-1696 completado o un equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Medicamento con receta que usted solicita:

Nombre del medicamento: _____ Concentración/cantidad/dosis: _____

¿Compró el medicamento mientras estaba pendiente la apelación? Sí No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de la compra: _____ Suma pagada: \$ _____ (adjunte copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información del profesional que emitió la receta

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o el profesional que emite la receta consideran que esperar 7 días hasta que se tome una decisión estándar podría causarle un grave perjuicio a su vida, su salud o su capacidad para recuperar el funcionamiento pleno, puede pedir una decisión acelerada (rápida). Si el profesional que emite la receta indica que esperar 7 días podría causarle un grave perjuicio a su salud, le comunicaremos automáticamente una decisión dentro de las 72 horas. Si no obtiene el apoyo del profesional que le emitió la receta para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos está pidiendo que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo del profesional que le emite recetas, adjúntela a esta solicitud).

Explique sus motivos para apelar. Adjunte páginas adicionales, si fuera necesario. Adjunte cualquier información adicional que considere puede contribuir con su caso, como una declaración del profesional que emitió la receta y registros médicos relevantes. Quizás le convenga consultar la explicación que dimos en la Notificación de denegación de cobertura de un medicamento con receta de Medicare e indicarle al profesional que le emitió la receta que se refiera a los criterios de cobertura del plan, si están disponibles, según se mencionan en la carta de denegación del plan o en otros documentos del plan. La declaración del profesional que le emitió la receta deberá explicar por qué no puede cumplir con los requisitos de cobertura del plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.

Firma de la persona que solicita la apelación (el miembro o el representante): _____ Fecha: _____
--

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-668-3813 (TTY 711), from October 1st – March 31st, 8:00 am - 8:00 pm local time, 7 days a week. From April 1st – September 30th, Monday – Friday 8:00 am - 8:00 pm local time. Messaging service used weekends, after hours, and Federal holidays. Cigna complies with applicable Federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-668-3813 (TTY 711), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.