



## **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](http://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.

---

---

---

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

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-222-6700 (TTY 711), 8 a.m. – 8 p.m., local time, 7 days a week. Our automated phone system may answer your call during weekends from April 1–September 30. 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 1-800-222-6700 (TTY 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Es posible que nuestro sistema telefónico automático conteste su llamada durante los fines de semana desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. 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. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring Rx (PDP) es un Plan de medicamentos recetados de Medicare (PDP) con contrato Medicare. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.