



**SEE WHAT'S  
POSSIBLE WHEN  
HEALTH CARE  
GETS PERSONAL.**

Estimado *Miembro*:

Le adjuntamos su formulario de la *Solicitud de Redeterminación de una Negación de un Medicamento de Receta de Medicare*. Para asegurar que no haya demoras en la tramitación, le pedimos que siga las instrucciones dadas a continuación:

1. Llene completamente el formulario.
2. Por favor complete la Parte 1, la Información del Miembro/Afiliado, y la Parte 2, el medicamento de receta que usted está solicitando. En la Parte 3, Información del Recetante, y en la Parte 4, ponga su firma y fecha por favor.
3. *Envíe el formulario por*

*Correo postal a: MedImpact Healthcare Systems Inc.*

*Attention: Appeals /Grievances Department*

*10181 Scripps Gateway Ct. San Diego CA 92131*

*Fax al: 858-790-6060*

*Teléfono: 1-888-807-6806*

Si tiene cualquier pregunta o necesita más ayuda para llenar este formulario, *le pedimos que llame a nuestro Departamento de Servicios a Miembros al 1-800-469-6292 (TTY: 711), los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.*

*Servicios a Miembros de VillageCareMAX*

*O BIEN*

*Su Equipo de VillageCareMAX*



10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131  
(888) 807-6806 (TTY: 711) [www.mp.medimpact.com](http://www.mp.medimpact.com)

**Petición de determinación de Prescripción de Medicina de Medicare negada.**

Como nosotros, VillageCareMAX, negamos su petición de la cobertura (o pago para) una medicina de prescripción, usted tiene el derecho de pedirnos una nueva determinación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 60 días de la fecha de nuestro Aviso Negado de Cobertura de Medicina de Prescripción de Medicare para pedirnos una nueva determinación. Esta forma nos puede ser enviada por correo o fax:

Dirección: MedImpact Healthcare Systems, Inc.  
Attn: Appeals/Grievance Department  
10181 Scripps Gateway Ct  
San Diego, CA 92131

Número de Fax:  
1-858-790-6060

Usted también puede pedirnos una apelación por nuestro sitio Web en [www.mp.medimpact.com](http://www.mp.medimpact.com). Las peticiones de apelación aceleradas pueden ser hechas por teléfono a 1-888-807-6806 (TTY: 711).

---

This letter may contain confidential individually identifiable health information protected under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”) and other statutes.

A 10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131

P 800.788.2949

**MedImpact.com**



**Quién Puede Hacer una Petición: Su prescriptor puede pedirnos una apelación de su parte. Si usted quiere que otro individuo (como un miembro de familia o amigo) solicite una apelación por usted, aquel individuo debe ser su representante. Póngase en contacto con nosotros para aprender como nombrar a un representante. 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: \_\_\_\_\_

This letter may contain confidential individually identifiable health information protected under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA") and other statutes.

A 10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131

P 800.788.2949

MedImpact.com

H2168\_DAG24-13s\_C

Page 7 of 8



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

This letter may contain confidential individually identifiable health information protected under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (“HIPAA”) and other statutes.

A 10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131

P 800.788.2949

**MedImpact.com**

