



THE UNIVERSITY OF ARIZONA  
HEALTH PLANS

University Care Advantage (HMO SNP)

2701 E. Elvira Road · Tucson, Arizona 85756  
(877) 874-3930 · TTY 711 · Fax (866) 465-8340  
[www.UAHealthPlans.com](http://www.UAHealthPlans.com)

## Solicitud de Redeterminación por Denegación de un Medicamento Recetado de Medicare

Debido a que nosotros, University Care Advantage, denegamos su solicitud de cobertura (o el pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) sobre nuestra decisión. Cuenta con **60 días** a partir de la fecha de nuestra Aviso de Denegación de Cobertura de un Medicamento Recetado de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Este formulario puede ser enviado por correo o por fax:

Attention: Manager, Grievance and Appeals  
2701 E. Elvira Rd.  
Tucson, Arizona 85756  
Número de fax: 1-866-465-8340  
[grievance@uahealth.com](mailto:grievance@uahealth.com)

También puede solicitarnos una apelación en nuestra página Web [www.UAHealthPlans.com](http://www.UAHealthPlans.com). Las solicitudes de apelación rápida puede ser hecha por teléfono al 1-877-874-3930, usuarios de TTY favor de llamar al 711.

**Quién puede hacer la solicitud:** Su médico tratante puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) solicite la apelación en su nombre, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrar a su representante.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Favor de llamar al Centro de Atención al Cliente al (877) 874-3930/ TTY: 711 8am - 8pm, 7 días a la semana. This information is available for free in other languages. Please call our Customer Care Center at (877) 874-3930/ TTY: 711, 8am - 8pm, 7 days a week.

University Care Advantage es un plan HMO SNP con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Arizona Medicaid. Inscripción en University Care Advantage depende en la renovación de contrato.

H4931\_RedeterminationMPDDv15SPA Accepted



**THE UNIVERSITY OF ARIZONA  
HEALTH PLANS**

University Care Advantage (HMO SNP)

2701 E. Elvira Road · Tucson, Arizona 85756  
(877) 874-3930 · TTY 711 · Fax (866) 465-8340  
[www.UAHealthPlans.com](http://www.UAHealthPlans.com)

**Información del Suscriptor**

Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del Suscriptor \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Plan del Suscriptor \_\_\_\_\_

**Llene la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona que hace esta solicitud no es el suscriptor:**

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

Relación del Solicitante con el Suscriptor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Documentación de representación para solicitudes de apelación hechas por una persona diferente al suscriptor o por el médico tratante del suscriptor:**

**Adjunte la documentación que muestre la autorización para representar al suscriptor (un Formulario de Autorización de Representante CMS-1696 completo o un documento equivalente por escrito) si no se envió en el nivel de la determinación de la cobertura. Si desea más información sobre cómo nombrar a un representante, comuníquese con nosotros al 1-877-874-3930 ó 1-800-Medicare.**

**Medicamento recetado que está solicitando:**

Nombre del Medicamento: \_\_\_\_\_ Concentración / cantidad / dosis: \_\_\_\_\_

¿Ya compró el medicamento pendiente de apelación?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Cantidad Pagada: \$ \_\_\_\_\_ (adjunte copia de la factura)

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

**Información del médico tratante**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Persona de contacto en el consultorio \_\_\_\_\_

**Aviso Importante: Decisiones Rápidas**

Si usted o su médico tratante consideran que la espera de 7 días para una decisión normal puede poner en grave peligro su vida, salud, o su capacidad para recuperar el funcionamiento máximo, puede solicitar una decisión rápida (acelerada). Si su médico tratante indica que la espera de 7 días puede poner en grave peligro su salud, le daremos automáticamente una decisión en un lapso de 72 horas. Si usted no obtiene el respaldo de su médico tratante para una apelación rápida, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No es posible solicitar una apelación rápida si nos está pidiendo que le reembolsemos el dinero de un medicamento que ya haya recibido.

**MARQUE ESTA CASILLA ÚNICAMENTE SI NECESITA UNA DECISIÓN EN UN LAPSO DE 72 HORAS**

**Si tiene una declaración de su médico recetante, adjúntela a esta solicitud.**

**Explique por favor cuáles son las razones de la apelación.** Adjunte páginas adicionales si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que crea que pueda ser de ayuda para su caso, como una declaración de su médico tratante y los expedientes médicos relevantes. Si lo desea, puede hacer referencia a la explicación que proporcionamos en la Notificación de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare.

---

---

---

---

---

**Firma de la persona que solicita la apelación (el suscriptor, el médico tratante del suscriptor o el representante):**

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