

Solicitud de Redeterminación de Denegación de Medicamentos Recetados de Medicare

Cigna Healthcare rechazó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado. Tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Utilice este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en cigna.com/member-resources.
- Las solicitudes de apelación acelerada se pueden realizar por teléfono al 1-877-813-5595.

Su médico prescriptor puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros al número de teléfono de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de miembro para obtener información sobre cómo nombrar a un representante.

Información sobre el afiliado al plan

Nombre del afiliado: _____

Número de Identificación de Miembro: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

Información sobre la receta y el médico prescriptor

Nombre del medicamento que usted solicitó: _____

Concentración/cantidad/dosis: _____

Nombre del médico prescriptor: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono del consultorio: _____ Fax del consultorio: _____

Persona de contacto del consultorio: _____

¿Ya compró este medicamento? Sí No

Si su respuesta es "SÍ":

Fecha de compra: _____ Monto pagado: _____ (adjuntar copia del recibo)

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?

Marque esta casilla si considera que necesita una decisión en un plazo de 72 horas. Si cuenta con una declaración de respaldo de su médico prescriptor, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o su médico prescriptor consideran que esperar 7 días por una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, su salud o su capacidad de recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida).
- Si su médico prescriptor indica que esperar 7 días podría dañar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 72 horas. No puede solicitar una apelación acelerada si nos está solicitando el reembolso por un medicamento que ya recibió.
- Si no obtiene el respaldo de su médico prescriptor para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debería estar cubierto

- Adjunte toda la información adicional que considere útil para su caso, como una declaración de su médico prescriptor o la historia clínica.
- Incluya una copia del Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare
- Su médico prescriptor deberá explicar por qué usted no puede cumplir con las reglas de cobertura de nuestro plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente adecuados para usted.
- Otra información que debemos considerar: _____

Información representativa

Complete esta sección SOLAMENTE si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado ni el médico prescriptor del afiliado. Debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar al afiliado (como un Form CMS-1696 completo o un equivalente escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar un representante, llámenos al número de teléfono de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

Nombre del representante: _____

Relación con el afiliado: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado, el médico prescriptor o el representante del afiliado):

Firma: _____ **Fecha:** _____

Los productos y servicios de Cigna HealthcareSM se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group. Los nombres, los logotipos y las marcas de Cigna, incluidas THE CIGNA GROUP y CIGNA HEALTHCARE, son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. © 2025 Cigna Healthcare

Envíe por fax o correo su formulario completo y cualquier información de respaldo a:

Dirección:

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

Número de Fax:

1-866-593-4482