Nombre del beneficiario (opcional):_____

Número de receta y medicamento (opcional):_____

## Cobertura de medicamentos recetados de Medicare y sus derechos

### Sus derechos de Medicare

**Usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura** de su plan Medicare de recetas médicas si está en desacuerdo con la información proporcionada por la farmacia. También tiene el **derecho de solicitar una determinación de cobertura especial conocida como "excepción"** si piensa que:

- Necesita un medicamento que no está en la lista de su plan. A la lista de medicamentos cubiertos se le conoce como "formulario".
- Una regla de cobertura (como la autorización previa o un límite de cantidad) no debe aplicarse debido a su problema médico.
- Necesita tomar un medicamento no preferido y usted quiere que su plan lo cubra al precio de un medicamento preferido.

### Lo qué necesita hacer

Usted o la persona que le ha recetado el medicamento pueden pedirle al plan una determinación de cobertura llamando al número gratis que aparece en la parte de atrás de la tarjeta del plan o visitando el sitio web del plan. Usted o su médico puede pedir una determinación acelerada (24 horas) si su salud pudiera estar en peligro si tiene que esperar 72 horas para obtener la respuesta. Usted tendrá que informarle al plan:

1. El nombre del medicamento que no pudo obtener, la dosis y concentración si lo sabe.
2. El nombre de la farmacia donde intentó obtener el medicamento.
3. La fecha en que intentó obtenerlo.
4. Si solicita una excepción, el médico que lo recetó tiene que enviarle a su plan una declaración explicándole el motivo por el cual usted necesita el medicamento que no está en el formulario, el medicamento no preferido o no se debe aplicar una regla de cobertura a usted.

Su plan Medicare de medicamentos recetados le comunicará su decisión por escrito. Si no aprueban la cobertura, la carta del plan le explicará el motivo y cómo apelar la decisión si no está de acuerdo.

Si desea más información, consulte los materiales del plan o llame al 1-800-MEDICARE.

### Declaración sobre la Ley para la Reducción de Trámites

De acuerdo con la Ley para la Reducción de Trámites de 1995 (PRA, por sus siglas en inglés), las personas no están obligadas a responder una recopilación de información a menos que se exhiba un número de control de la oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0829. El tiempo necesario para responder esta recopilación de información es de aproximadamente 10 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene preguntas sobre la precisión de los tiempos estimados o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a:
CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

CMS no discrimina en sus programas y actividades. Para solicitar esta publicación en un formato alternativo, llame al 1-800-MEDICARE o envíe un correo electrónico a: AltFormat@cms.hhs.gov.