

Solicitud de Redeterminación de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare

Debido a que nosotros, CarePlus, denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, tiene el derecho a pedirnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días desde la fecha del Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare para pedirnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172

Número de fax:
1-800-956-4288

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio de Internet: www.careplushealthplans.com
Las solicitudes de apelaciones aceleradas se pueden realizar por teléfono al 1-800-794-5907.

¿Quiénes pueden realizar una solicitud? Su médico recetador puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) realice la solicitud de apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrarlo.

Información del afiliado

Nombre del afiliado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación del afiliado _____

Complete la sección a continuación ÚNICAMENTE si la persona que realiza la solicitud no es el afiliado:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para las solicitudes de apelación realizadas por otra persona que no sea el afiliado o el médico recetador del afiliado:

Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o documento escrito equivalente) si esta no se entregó en el momento de la determinación de cobertura. Para más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con el plan o al 1-800-Medicare.

Medicamento recetado que solicita:

Nombre del medicamento: _____ Concentración/cantidad/dosis: _____

¿Ha comprado el medicamento antes de que se resuelva la apelación? Sí No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de la compra: _____ Cantidad pagada: \$ _____ (adjunte copia del recibo)

Nombre y teléfono de la farmacia: _____

Información del médico recetador

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio médico _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio médico _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su médico recetador creen que esperar 7 días por una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones, usted podrá solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su médico recetador le indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un período de 72 horas. Si no obtiene apoyo de su médico recetador para solicitar una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le paguemos por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PERÍODO DE 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de su médico recetador, adjúntela a esta solicitud).

Explique las razones de su apelación. Adjunte páginas adicionales, de ser necesario. Adjunte toda la información que considere que podría ayudar a su caso, como una declaración de su médico recetador y expedientes médicos pertinentes. Puede que desee hacer referencia a la explicación que le dimos en el Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare y hacer que su médico recetador mencione los criterios de cobertura del Plan, de contar con ellos, según se indica en la carta de denegación del Plan o en otros documentos de este. Se necesitarán los comentarios de su médico recetador para explicar por qué usted no cumple con los criterios de cobertura del Plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el Plan no son médicamente apropiados para usted.

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado o el representante):

_____ Fecha: _____

CarePlus es un plan HMO con un contrato de Medicare. La afiliación en CarePlus depende de la renovación del contrato.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-794-5907 (TTY:711).

La discriminación es contra la ley

CarePlus Health Plans, Inc. ("CarePlus") cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión. CarePlus no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión.

CarePlus proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados de lenguaje de señas
 - Interpretación remota por video
 - Información escrita en otros formatos
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, cuando dichos servicios son necesarios para proporcionar un acceso significativo, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, llame al número que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado o comuníquese con Servicios para Afiliados usando la información a continuación.

Si considera que CarePlus no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión, puede presentar una queja con:

CarePlus Health Plans, Inc.

Atención: Departamento de Servicios para Afiliados
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172

Teléfono: 1-800-794-5907 (TTY: 711)

Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m.

Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

Fax: 1-800-956-4288

Puede presentar la queja en persona, por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para hacer la queja, nuestros representantes de Servicio para Afiliados están a su disposición usando la información de contacto detallada anteriormente.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019; 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de quejas en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-794-5907 (TTY:711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-794-5907 (TTY:711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-794-5907 (TTY:711).

한국어 (Korean): 주의 : 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-800-794-5907 (TTY:711) 번으로 전화해 주십시오 .

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawagsa 1-800-794-5907 (TTY:711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-794-5907 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-794-5907 (ATS: 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-794-5907 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-794-5907 (TTY:711).

ภาษาไทย(Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-794-5907 (TTY:711).

Diné Bizzad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-800-794-5907 (TTY:711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-794-5907 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).