

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 Health Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso a, o el tratamiento y el empleo en, sus programas y actividades. Para cualquier consulta sobre las políticas de no discriminación de CarePlus y/o para presentar una queja, también conocida como queja formal, favor de comunicarse con Servicios para Afiliados al 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.

English: This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number listed above.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele nimewo Sèvis pou Manm nou yo ki nan lis anwo an.