

Solicitud de redeterminación de negación de medicamento con receta de Medicare

Debido a que nosotros, Community Health Choice (HMO D-SNP), le negamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento con receta, usted tiene el derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días desde la fecha de nuestro Aviso de negación de cobertura de medicamento con receta de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Este formulario puede enviarse por correo o por fax:

Dirección:

2636 South Loop West, Suite 125
Houston, TX 77054

Número de fax:

713-295-7033

Las solicitudes de Apelación Urgente pueden hacerse por teléfono al número gratuito 833.276.8306 o a nivel local al 713-295-5007 (TTY 711).

Quién puede presentar una solicitud: Su médico prescriptor puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo nombrar un representante. **Información del afiliado**

Nombre del afiliado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación de miembro del afiliado _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es el afiliado:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes de apelaciones presentada por otra persona que no sea el afiliado o el médico prescriptor del afiliado:

Adjunte la documentación que verifique la autoridad para representar al afiliado (una Autorización del Formulario de Representación CMS-1696 completada o un equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de la cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.

Medicamento con receta que usted solicita:

Nombre del medicamento: _____ Concentración/cantidad/dosis:

¿Adquirió la apelación pendiente del medicamento? Sí No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de adquisición: _____ Monto pagado: \$ _____ (adjunte copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información del médico prescriptor

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio _____

Nota importante: Decisiones urgentes

Si usted o su médico prescriptor consideran que esperar 7 días para recibir una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, salud o capacidad de recuperar su máxima funcionalidad, puede solicitar una decisión urgente (rápida). Si su médico prescriptor indica que esperar 7 días podría poner en grave peligro su salud, automáticamente le comunicaremos una decisión dentro de las 72 horas. Si no obtiene el respaldo de su médico prescriptor para una apelación urgente, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación urgente si nos pide que le devolvamos su dinero de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de su médico prescriptor, adjúntela a esta solicitud).

Explique los motivos de la apelación. Adjunte páginas adicionales, de ser necesario. Adjunte toda información adicional que considere que pueda ayudar a su caso, como una declaración de su médico prescriptor e historias clínicas correspondientes. Le sugerimos que consulte la explicación que proporcionamos en el Aviso de negación de cobertura de medicamento con receta de Medicare y que haga que su médico prescriptor aborde los criterios de cobertura del plan, en caso de estar disponibles, tal como se establecen en la carta de negación del plan o en otros documentos del plan. Se necesitarán los comentarios de su médico prescriptor para explicar por qué usted no puede cumplir los criterios de cobertura del plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente adecuados para usted.

<p>Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado o el representante):</p> <p>_____ Fecha: _____</p>
