Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos con receta de Medicare

elderplan homefirst®
una agencia participante del Sistema de Salud MJHS

Debido a que nosotros, Elderplan, denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento con receta, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura para medicamentos con receta de Medicare para solicitarnos una nueva determinación. Este formulario puede enviarse por correo postal o fax:

Dirección: CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions
P.O. Box 52000, MC109
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax: 1-855-633-7673

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en **www.elderplan.org**.

Las solicitudes de apelaciones aceleradas se pueden hacer por teléfono al **1-866-490-2102, TTY: 711**, las 24 horas, los 7 días de la semana.

Quién puede realizar una solicitud: su prescriptor puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un miembro de la familia o un amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrar a un representante.

Información del inscrito

Nombre del inscrito _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del inscrito _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ N.° de identificación del inscrito _____

Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona que realiza esta solicitud no es el inscrito:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el inscrito _____

Dirección del solicitante _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes de apelación hechas por otra persona que no sea el inscrito o la persona autorizada a dar recetas del inscrito:

Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al inscrito (una autorización de representación completa, un formulario CMS-1696 o un equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al: 1-877-486-2048.

Medicamento con receta que está solicitando

Nombre del medicamento _____ Concentración/cantidad/dosis _____

¿Ha comprado el medicamento mientras esperaba la apelación? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí": Fecha de compra _____ Monto pagado $ _____(adjunte una copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia _____

Información de la persona autorizada a dar recetas

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su prescriptor consideran que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima, pueden solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona autorizada a dar recetas indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente le comunicaremos una decisión en un plazo de 72 horas. Si no obtiene el apoyo de su prescriptor para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya ha recibido.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS. (Si tiene una declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas, adjúntela a esta solicitud).**

Explique las razones por las cuales puede apelar. Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que considere que puede ayudar a su caso, como una declaración de la persona autorizada a dar recetas y registros médicos relevantes. Es posible que desee consultar la explicación que proporcionamos en el Aviso de denegación de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y pedirle a la persona que le da la receta que aborde los criterios de cobertura del plan, si están disponibles, como se indica en la carta de denegación del plan o en otros documentos del plan. La opinión de su prescriptor será necesaria para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.

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

_____ Fecha _____

Elderplan es un plan HMO que tiene contratos con Medicare y Medicaid. La inscripción en Elderplan depende de la renovación del contrato. El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Esta no es una lista completa de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Para obtener una lista completa u otras preguntas, comuníquese con nosotros, Servicios para los Miembros de Elderplan, al 1-800-353-3765 o, para usuarios de TTY/TDD, al 711, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m., o visite www.elderplan.org.