



SOLICITUD DE REDETERMINACIÓN DE RECHAZO DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE

Debido a que nosotros, los planes Medicare Advantage de ConnectiCare, rechazamos 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 nuestra Notificación de rechazo de cobertura de medicamentos con receta de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Nos puede enviar este formulario por correo o fax:

Dirección:
ConnectiCare
PO Box 4010
Farmington, CT 06034
Attention: Medicare Appeals Dept.

Número de fax:
Apelaciones estándar y aceleradas: **800-867-6674**

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web connecticare.com/plans/medicare-advantage/member-services. Las solicitudes de apelación acelerada pueden realizarse por teléfono al **800-224-2273 (TTY: 711)**. Nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a sábado desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Quién puede hacer una solicitud: Su profesional autorizado para recetar puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Contáctenos para aprender a nombrar un representante.

Información de la persona inscrita		
Nombre de la persona inscrita:		Fecha de nacimiento:
Dirección de la persona inscrita:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Número de id. de miembro de la persona inscrita:	
Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que hace esta solicitud no es la persona inscrita:		
Nombre del solicitante:		
Relación del solicitante con la persona inscrita:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		

Documentación de representación para solicitudes de apelaciones realizadas por otro individuo que no sea la persona inscrita o el profesional autorizado para recetar:

Adjunte documentación que muestre la autoridad para representar a la persona inscrita (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completo o un documento escrito equivalente) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre el nombramiento de un representante, comuníquese con su plan o llame al **1-800-MEDICARE**.

Medicamento con receta que solicita:

Nombre del medicamento:

Concentración/cantidad/dosis:

¿Ha comprado el medicamento con la apelación pendiente? Sí No
Si la respuesta es afirmativa:

Fecha de la compra:

Importe pagado: \$ (adjuntar copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia:

Información del profesional autorizado para recetar:

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono del consultorio:

Fax:

Persona de contacto del consultorio:

Nota importante: Decisiones rápidas

Si usted o el profesional autorizado para recetar creen que esperar siete días para una decisión estándar podría dañar seriamente su vida, su salud o su capacidad para recuperar su función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el profesional autorizado para recetar indica que esperar siete días podría dañar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 72 horas. Si no obtiene el respaldo del profesional autorizado para recetar para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión acelerada. No puede solicitar una apelación acelerada si nos está pidiendo que le devolvamos el pago de un medicamento que ya recibió.

- MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS. Si tiene una declaración de apoyo del profesional autorizado para recetar, adjúntela a esta solicitud.**

Explique las razones de su apelación. De ser necesario, adjunte páginas adicionales. Adjunte la información adicional que crea que puede ayudar en su caso, como una declaración del profesional autorizado para recetar y registros médicos relevantes. Puede consultar la explicación que le proporcionamos en el Aviso de rechazo de cobertura de medicamentos con

receta de Medicare y pedirle al profesional autorizado para recetar que aborde los criterios de cobertura del Plan, si están disponibles, según se establece en la carta de rechazo del Plan o en otros documentos del Plan. Se necesitarán los comentarios del profesional autorizado para recetar para explicar por qué usted no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan o por qué los medicamentos requeridos por el Plan no son médicamente adecuados para usted.

Firma de la persona que solicita la apelación (la persona inscrita, el representante):	Fecha:
---	---------------