



SOLICITUD DE REDETERMINACIÓN DE LA DENEGACIÓN DE MEDICAMENTO CON RECETA DE MEDICARE

Dado que nosotros, de los planes Medicare Advantage de ConnectiCare, denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento con receta, usted tiene el derecho de pedirnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días desde la fecha del aviso de denegación de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare para pedirnos la redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo postal o fax:

Dirección: **ConnectiCare**
PO Box 4010
Farmington, CT 06034
Attention: Medicare Appeals Department

Número de fax: **800-867-6674**

También puede pedirnos una apelación a través de nuestro sitio web en **connecticare.com/medicare**.

Las solicitudes de apelación rápida se pueden realizar por teléfono en el **800-224-2273 (TTY: 711)**, disponible de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

Quién puede realizar una solicitud: Su profesional autorizado para recetar puede pedirnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) sea quien solicite la apelación por usted, dicha persona debe ser su representante. Póngase en contacto con nosotros para saber cómo designar a un representante.

Información del afiliado		
Nombre del afiliado:		Fecha de nacimiento:
Dirección del afiliado:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Número de ID de miembro del afiliado:	
Complete la siguiente sección SOLO si la persona que vaya a realizar esta solicitud no es la persona afiliada:		
Nombre del solicitante:		
Relación del solicitante con la persona afiliada:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		
Documentación de representación para solicitudes de apelación realizadas por alguien que no sea la persona afiliada o el profesional autorizado para recetar de la persona afiliada: Adjunte la documentación que demuestre que está autorizado para representar a la persona afiliada (un formulario de autorización de representación CMS-1696 cumplimentado, o un equivalente por escrito) si no la presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre la designación de un representante, póngase en contacto con su plan o llame al 1-800-MEDICARE .		

Y0026_127139_NM

Medicamento con receta que va a solicitar:		
Nombre del medicamento:		
Concentración/cantidad/dosis:		
¿Compró el medicamento mientras esperaba una apelación? En caso afirmativo: Sí No		
Fecha de compra:	Importe pagado: \$:	
<i>(adjunte copia del recibo)</i>		
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 en el consultorio:		

Nota importante: Decisiones rápidas

Si usted o su profesional autorizado para recetar creen que la espera de 7 días para recibir una decisión estándar podría perjudicar seriamente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función corporal máxima, puede pedir que tomemos una decisión rápida. Si su profesional autorizado para recetar indica que la espera de 7 días podría perjudicar seriamente su salud, automáticamente tomaremos una decisión en 72 horas. Si no obtiene el respaldo de su profesional autorizado para recetar para una apelación rápida, nos reservamos el derecho de decidir si su caso requiere que tomemos una decisión rápida. No puede solicitar una apelación rápida si nos pide que le reembolsemos el importe de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA QUE TOMEMOS UNA DECISIÓN EN 72 HORAS

Si dispone de una declaración respaldatoria de su profesional autorizado para recetar, adjúntela a esta solicitud.

Explique los motivos de apelación. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario. Adjunte cualquier información adicional que crea que pueda servir de ayuda para su caso, tales como una declaración de su profesional autorizado para recetar e historiales clínicos pertinentes. Puede que desee consultar la explicación que detallamos en el aviso de denegación de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado, o el profesional autorizado para recetar o representante del afiliado):

Fecha: