Solicitud para la redeterminación de la negación de medicamentos recetados de Medicare

CenCal CareConnect (HMO D-SNP) negó su solicitud de cobertura de (o el pago de) un medicamento recetado. Usted tiene el derecho de pedirnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Use este formulario para apelar esta decisión.**

- Usted puede pedir una apelación dentro de los 65 días de la fecha de nuestro aviso de negación de cobertura de medicamento recetado de Medicare.
- También puede presentar una apelación en nuestro sitio web en www.cencalhealth.org/careconnect.
- Las apelaciones aceleradas se pueden hacer por teléfono llamando al 1-877-814-1861.

La persona que le recetó el medicamento puede pedir una apelación en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un pariente o amistad) presente una apelación por usted, es necesario que esa persona sea su representante. Llámenos al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), 8 a.m. a 8 p.m. hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre para aprender cómo nombrar un representante.

Información de la persona inscrita en el plan

Nombre de la persona inscrita:		
Número de Identificación del Miembro:	Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)	
Dirección de envío de correo:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:		

Información de la recta y quién la recetó

Nombre del medicamento que usted solicitó:		
Potencia/cantidad/dosis:		
Nombre de quien la recetó:		
Dirección de consultorio:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono del consultorio:	Fax del consultorio:	
Persona con quien comunicarnos en el consultorio:		

¿Ya compró este medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si contestó SÍ:

Fecha de la compra:	Cantidad que pagó: (incluya una copia del recibo)
Nombre de la farmacia:	Teléfono de la farmacia:

¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?

☐ **Marque esta casilla si usted cree que necesita una decisión en 72 horas.** Si tiene una declaración de respaldo de la persona que le recetó el medicamento, inclúyala con esta solicitud.

- Si usted o la persona que le recetó el medicamento cree que esperar 7 días para una decisión estándar puede ser gravemente dañino para su vida, salud o habilidad para recuperar funcionamiento máximo, usted puede pedir una decisión acelerada (rápida).
- Si la persona que le recetó el medicamento indica que esperar 7 días para una decisión estándar puede ser gravemente dañino para su salud, nosotros automáticamente le daremos una decisión en 72 horas. Usted no puede pedir una apelación acelerada si está pidiéndonos que le reembolsemos lo que usted ya pagó por un medicamento que ya tiene.
- Si no obtiene el apoyo de la persona que le recetó el medicamento para una apelación acelerada decidiremos si es necesario tomar una decisión rápida para su caso.

Explique por qué piensa que debe estar cubierto este medicamento

- Incluya cualquier información adicional que usted piensa puede ayudarle a su caso, como declaraciones de la persona que le recetó el medicamento o sus registros médicos.
- Incluya una copia del aviso de negación de cobertura de medicamento recetado de Medicare.
- Es necesario que la persona que le recetó el medicamento explique por qué usted no puede cumplir con las reglas de cobertura de nuestro plan y/o por qué los medicamentos que exige el plan no son médicamente apropiados para usted.
- Otra información que debemos tomar en cuenta:

Información del representante

Complete esta sección SOLO si la persona haciendo esta solicitud no es la persona inscrita o quien le recetó el medicamento a la persona inscrita. Es necesario incluir documentación para mostrar su autoridad para representar a la persona inscrita (como un Formulario CMS-1696 completo o un equivalente escrito) si no se entregó al nivel de determinación de cobertura. Para más información sobre cómo nombrar un representante, llámenos al 1-877-814-1861 (TTY: CA Relay al 711), 8 a.m. a 8 p.m. hora del Pacífico, 7 días a la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) del 1º de octubre al 31 de marzo, y de lunes a viernes (excepto los días festivos) del 1º de abril al 30 de septiembre.

Nombre del representante:		
Relación a la persona inscrita:		
Dirección física:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:		

Firme y entregue este formulario

Firma de la persona solicitando la apelación (la persona inscrita, quien recetó, o el representante):

Firma:	**Fecha:**

Envíe su formulario completo por fax o por correo con cualquier información de respaldo a:

Dirección:	**Número de fax:**
CenCal CareConnect (HMO D-SNP) 4050 Calle Real Santa Barbara, CA 93110	1-805-681-3009