



SOLICITUD DE REDETERMINACIÓN DE DENEGACIÓN DE MEDICAMENTO DE RECETA DE MEDICARE

Porque nosotros, ConnectiCare Medicare Advantage Plans, denegamos su solicitud de cobertura de (o pago de) un medicamento de receta, usted tiene el derecho de pedirnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 60 días a partir de la fecha de Aviso de denegación de cobertura de medicamento de receta de Medicare para pedirnos una redeterminación. Nos puede remitir este formulario por correo postal o por fax:

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

Número de fax: **800-867-6674**

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

Se pueden hacer solicitudes de apelación aceleradas por teléfono llamando al **800-224-2273 (TTY: 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tiene a su disposición, gratis, servicios de ayuda para idiomas. Llame al **800-224-2273 (TTY: 711)**.

ATTENTION: If you speak other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **800-224-2273 (TTY: 711)**.

Quién puede presentar una solicitud: El profesional autorizado para recetar nos puede pedir una apelación de parte de usted. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) nos pida una apelación de su parte, dicha persona tiene que ser representante de usted. Comuníquese con nosotros para averiguar cómo nombrar a 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:	No. ID de miembro de la persona inscrita:	
Complete la siguiente sección SOLO si la persona que presenta 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 apelación presentadas por alguien que no sea la persona inscrita o el profesional autorizado para recetar: Adjunte documentación en la que consta la autoridad para representar a la persona inscrita (un Formulario CMS-1696 de autorización de representación completado o su equivalente por escrito) si no fue presentado al nivel de determinación de la cobertura. Para obtener más información sobre el nombramiento de un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-MEDICARE .		

Y0026_127860_C_NM

ConnectiCare, Inc. es un plan HMO/HMO-POS con un contrato de Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.

ConnectiCare Insurance Company, Inc. es un plan HMO SNP con un contrato de Medicare y un contrato del Programa de Medicaid de Connecticut. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.

El medicamento de receta que usted solicita:		
Nombre del medicamento:		
Potencia/cantidad/dosis:		
¿Ha comprado el medicamento en espera de la apelación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si respondió "Sí":		
Fecha de la compra: _____ Importe pagado: \$: _____ (adjunte 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 aceleradas

Si usted o el profesional autorizado para recetar piensan que esperar 7 días por una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, salud o capacidad de recuperar la función máxima, puede pedir una decisión acelerada (rápida). Si el profesional autorizado para recetar indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente le daremos la decisión dentro de 72 horas. Si usted no obtiene el apoyo del profesional autorizado para recetar para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos está pidiendo que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI PIENSA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 72 HORAS

Si tiene una declaración de apoyo del profesional autorizado para recetar, adjúntela a esta solicitud.

Explique los motivos de presentar la apelación. Si hace falta, adjunte páginas adicionales.

Adjunte toda información adicional que cree podría ayudar a su caso, como una declaración del profesional autorizado para recetar y los registros médicos pertinentes. Quizás desee hacer referencia a la explicación que proporcionamos en el Aviso de denegación de cobertura de medicamento de receta de Medicare.

Firma de la persona que solicita la apelación (la persona inscrita o el profesional autorizado para recetar o el representante de la persona inscrita):	Fecha:
--	--------