

Solicitud de redeterminación de negación para el plan de medicamentos de venta con receta de Medicare

Dado que nosotros, Care Improvement Plus, negamos su solicitud de cobertura (o el pago) de un medicamento de venta 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 la negación de la cobertura para medicamentos de venta con receta por parte de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o fax:

Dirección:	Número de fax:
Care Improvement Plus	866-683-3272
Attn: Pharmacy Part D Appeals	
The Warehouse at Camden Yards	
351 West Camden Street, Suite 100	
Baltimore, MD 21201	

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio de Internet en www.careimprovementplus.com.

Las solicitudes de apelaciones aceleradas se pueden realizar por teléfono al 866-683-3275.

Quién puede realizar una solicitud: El profesional que le llena las recetas puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) solicite una apelación por usted, dicha persona deberá ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo designar a un representante.

Información del inscrito

Nombre del inscrito _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del inscrito _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación del plan 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 _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes de apelaciones por parte de una persona que no es el inscrito o el profesional que le llena recetas al inscrito:

Adjunte la documentación que certifica que representa al inscrito (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 o un equivalente por escrito) si no se entregó al realizar el nivel de determinación de la cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.

Medicamento de venta 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: _____ Monto pagado: \$ _____ (Adjunte una copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información del profesional que llena recetas

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto en el consultorio _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

En el caso de que usted o el profesional que le llena las recetas crean que esperar 7 días para una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar su funcionamiento máximo, usted puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el profesional que le llena las recetas indica que esperar 7 días podría dañar gravemente su salud, le otorgaremos una decisión de forma automática en el plazo de las 72 horas. Si usted no obtiene la declaración del profesional que le llena las recetas para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión acelerada. No puede solicitar una apelación acelerada si nos solicita el reembolso de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN EL PLAZO DE 72 HORAS

Si tiene una declaración de respaldo del profesional que le llena las recetas, adjúntela a esta solicitud.

Explique los motivos de la apelación. Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Adjunte cualquier información que considere que pueda ayudarlo, como una declaración del profesional que le llena las recetas y los registros médicos relevantes. Puede consultar la explicación que proporcionamos en el Aviso de la negación de la cobertura para medicamentos de venta con receta por parte de Medicare.

Firma de la persona que solicita la apelación (el inscrito, el profesional que le llena las recetas al inscrito o el representante):

_____ **Fecha:** _____