Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare

Commonwealth Care Alliance® Senior Care Options (HMO D-SNP)> denegó su solicitud para la cobertura de (o pago de) <Drug Name>. Tiene derecho de solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Use este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede pedir una apelación dentro de los 65 días de la fecha de nuestro Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio Web en CommonwealthCareAlliance.org/MA.
- Las solicitudes de apelación sin demora pueden hacerse por teléfono al 833-251-9739.

Su médico puede pedirnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (tal como un familiar o un amigo) presente una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Llámenos al 833-251-9739 para saber cómo designar a un representante.

Información de miembro del plan

Nombre del miembro: _____

Número de identificación del miembro: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Información de la receta y del médico

Nombre del medicamento que usted pidió: _____

Potencia/cantidad/dosis: _____

Nombre del médico: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono del consultorio: _____ Fax del consultorio: _____

Persona de contacto en el consultorio: _____

¿Ya compró este medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si es SÍ:

Fecha de compra: _____Monto pagado: _____(Adjunte copia del recibo)

Nombre de la farmacia:_____

Teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión sin demora (rápida)?

☐ **Marque esta casilla si cree que necesita una decisión dentro de las siguientes 72 horas.** Si tiene una declaración de soporte del médico, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o el médico creen que esperar 7 días por una decisión estándar podría poner en serio peligro su vida, su salud o su capacidad de recobrar su máxima habilidad, usted puede solicitar una decisión sin demora (rápida).

- Si el médico indica que el esperar 7 días podría poner en serio peligro su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las siguientes 72 horas. Usted no puede pedir una apelación sin demora si nos solicita que le paguemos un medicamento que ya obtuvo.

- Si no recibe el apoyo de su médico, decidiremos si su caso requiere de una decisión rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debe estar cubierto

- Adjunte cualquier información adicional que piense que pueda ayudar su caso, tal como una declaración de su médico o expedientes médicos.

- Incluya una copia del Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare

- Su médico deberá explicar por qué usted no puede cumplir con las reglas de cobertura del plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.

- Otra información que deberíamos tener en consideración: _____

_____

Información del representante

Llene esta sección SÓLO si la persona que presenta esta solicitud no es el miembro o el médico del miembro. Debe adjuntar documentación que demuestre que tiene autoridad de representar al miembro (por ejemplo, un Formulario CMS-1696 completo o un equivalente escrito) si no fue presentado al nivel de la determinación de la cobertura. Para ampliar información sobre cómo designar un representante, llámenos al 833-251-9739.

Nombre del representante:_____

Relación con el miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Firmar y enviar este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (el miembro, o su representante):

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre del remitente: _____ **Título del remitente:** _____

Envíe por fax o por correo postal el formulario completado junto a toda información de respaldo a:

Dirección:	**Número de fax**
CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000	1-855-633-7673

CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP) con un contrato de Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts MassHealth (Medicaid). La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 833-251-9739 (TTY 711).

Puede obtener este documento gratuitamente en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 1-833-251-9739 (TTY: 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. La llamada es gratis.

Notice of Availability
Interpreter Services

English: If you speak English, free language assistance services are available. Auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. También están disponibles sin costo recursos auxiliares y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 如果您讲普通话，我们可以提供免费的语言协助服务。此外，还免费提供以无障碍格式提供信息的辅助工具和服务。请致电 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 如果您講粵語，我們可以提供免費的語言協助服務。此外，還免費提供以無障礙格式提供資訊的輔助工具和服務。請致電 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang mga pantulong na tulong at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont disponibles. Des aides et services auxiliaires permettant de fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-610-2273 (TTY : 711).

Vietnamese: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và phương tiện phụ trợ cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được miễn phí. Gọi 1-866-610-2273 (TTY: 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachunterstützungsdienste zur Verfügung. Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer +1-866-610-2273 (TTY: 711) an.

Korean: 한국어를 구사하는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 보조 도구와 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-610-2273 (TTY: 711)으로 전화하세요.

Russian: Если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Также бесплатно предоставляются вспомогательные средства и услуги, позволяющие получать информацию в доступных форматах. Звоните по номеру 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Arabic: إذ ك'& ! حدث لغة عربية، ! وفر خدمات ساد لغوة جانية أ ً ا مساد ت خدمات إضافية وفير علومات. ! وفر ب 'سي?ات سه: و<و= إ يها مجانًا. !ص: لى رق7 1-866-610-2273)TTY: 711(.

Hindi: य आप ह ी बोलते ह, तो नः शु भाषा सहायता सेवाएँ उपल ह। सुलभ !ा"प म$सूचना उपल कराने के लए सहायक साधन और सेवाएं भी नः शु उपल ह। 1-866-610-2273 (TTY: 711) पर कॉल कर$।

Italian: Se parla italiano, può usufruire di servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono disponibili gratuitamente anche dei servizi e supporti ausiliari che forniscono informazioni in formati accessibili. Chiami il numero 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Portuguese: se você fala português, serviços de assistência linguística gratuitos estão disponíveis. Recursos e serviços auxiliares para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Cape Verdean Creole: Si bu ta papia Kriolu di Kabu Verdi, sirvisus di apoiu lingustikui ta sta dispunível. També ta sta dispunível apoiu y sirvisus ausiliaris pa da informason na formatus asesível. Txoma pa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Haitian Creole: Si ou pale kreyòl Ayisyen, gen sèvis asistans lang gratis ki disponib. Gen èd ak sèvis oksilyè pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib ki disponib gratis tou. Rele 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Japanese: 日本語を話せる方は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。受け入れ可能な方法で情報を入手するための補助手段やサービスも無料でご利用いただけます。1-866-610-2273 (TTY: 711) にお電話ください。

Gujarati: જો તમે ગુજરાતી બોલનાર છો, તો મફત ભાષા સહાય સેવા ઉપલ ધ છે. મા હતીને ુલભ ફોમ ટમાં "દાન કરવા મ2% સહાયક સહાય અને સેવા પણ મફતમાં ઉપલ ધ છે. 1-866-610-2273 (TTY: 711) પર કોલ કરો.

Lao/Laotian: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຟຣີ. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເພື່ອສະໜອງຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແມ່ນຍັງສາມາດໃຊ້ໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Greek: Εα' ν μιλα' τε ελληνικα' , διατι'θενται δωρεα' ν υπηρεσι'ες γλωσσικη' ς βοη' θειας. Διατι'θενται επι'σης δωρεα' ν βοηθητικα' με'σα και υπηρεσι'ες για την παροχη' πληροφοριω' ν σε προσβα' σιμη μορφη' . Καλε'στε στο 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Khmer: សិន អកនិ ប ្រ ះនឹង ន
ផល់ជូន ស!ជំនួយ ផក $យតតគិត()*។ ជំនួយ និង ស!ក,ុង ផ.ល់ព័ត៌ ន2ទ 4ដ៏ 5ល6ចចូល 8នក៏នឹង នផល់ជូន $យតតគិត()*ផង 5។ ទូរសព: ; 1-866-610-2273 (TTY: 711)។