



Nome do plano: CCA Senior Care Options (HMO D-SNP)
ID do formulário: 00025477

ID do contrato: H2225
ID do plano: 001

Pedido de Reapreciação de Indeferimento de Cobertura de Receitas Médicas Medicare

Uma vez que o plano de medicação Medicare manteve a decisão inicial de indeferir a cobertura de, ou pagamento de, um medicamento que solicitou, tem o direito de solicitar uma revisão independente da decisão do plano. **Pode utilizar este formulário para solicitar uma revisão independente da decisão do seu plano de medicação.** Tem 60 dias a partir da data do Aviso de redeterminação do seu plano para solicitar uma revisão independente. Poderá submeter o seu pedido de revisão independente, por via electrónica, para o Portal QIC Parte D para o endereço abaixo, ou poderá preencher este formulário e enviar por e-mail ou por fax para:

Correio Normal:

**C2C Innovative Solutions, Inc.
Part D Drug Reconsiderations
P.O. Box 44166
Jacksonville, FL 32231-4166**

Transportadora ou Seguimento de Correio (por ex., FedEx ou UPS):

**C2C Innovative Solutions, Inc.
Part D Drug Reconsiderations
301 W. Bay St., Suite 1110
Jacksonville, FL 32202**

Fax - Pedidos Normais: (833) 710-0580

Endereço do Portal Web: <https://www.c2cinc.com/Appellant-Signup>

Nota acerca dos representantes: O seu médico pode fazer um pedido de reapreciação em seu nome sem ser nomeado representante. Caso pretenda que outra pessoa, como por exemplo um membro da família ou amigo, efetue um pedido de revisão independente por si, essa pessoa tem de ser nomeada sua representante.

Informações da pessoa inscrita:

Nome da pessoa inscrita: _____

Morada: _____

Cidade, Estado, código postal: _____

Telefone: (_____) _____

Número de Medicare _____
(Do cartão vermelho, branco e azul da Medicare)

Data de nascimento (MM/DD/AAAA): _____

Nome do plano de medicação da Parte D atual: _____

C2C Innovative Services, Inc.
Medicare Part D QIC Reconsideration Project

Preencher a secção seguinte APENAS caso a pessoa que está a efetuar este pedido não seja a pessoa inscrita ou o médico da pessoa inscrita (certifique-se de que anexa a documentação que comprova a autoridade para representar a pessoa inscrita para fins deste pedido):

Nome do representante _____

Relação entre o representante e a pessoa inscrita _____

Morada _____

Cidade _____ Estado _____ Código postal _____

Telefone (_____) _____

Medicação para a qual solicitou cobertura do seu plano:

Documentação de representação para pedidos de recurso efetuados por pessoas que não sejam a pessoa inscrita ou o médico:

Anexar documentação comprovativa da autoridade para representação da pessoa inscrita (um Formulário CMS-1696 preenchido ou equivalente por escrito) caso não tenha sido enviada aquando da determinação ou redeterminação de cobertura. Um médico pode solicitar um recurso em nome de uma pessoa inscrita sem ter sido nomeado representante.

Informações do médico:

Nome do médico: _____

Morada do gabinete: _____

Cidade, Estado, código postal: _____

Telefone do gabinete: (_____) _____

Fax do gabinete: (_____) _____

Pessoa de contacto no gabinete: _____

Decisões rápidas

Caso você ou o seu médico considerarem que aguardar por uma decisão normal (que será disponibilizada dentro de 7 dias) poderia prejudicar gravemente a sua vida, saúde ou capacidade de recuperar o máximo das suas capacidades, pode solicitar uma decisão rápida (célere). Caso o seu médico indique que aguardar 7 dias poderia prejudicar gravemente a sua vida, saúde ou a capacidade de recuperar o máximo das capacidades, a organização de revisão independente irá dar-lhe automaticamente uma decisão no espaço de 72 horas. O prazo pode ser prolongado até 14 dias consecutivos se o seu caso envolver um pedido de exceção e não tivermos recebido uma declaração de suporte do seu médico ou outros para apoio do pedido OU a pessoa que atua em seu nome efetuar um pedido de recurso sem enviar a devida documentação de representação. Caso não obtenha o apoio do seu médico para um recurso rápido, a organização de revisão independente irá decidir se o seu estado de saúde requer uma decisão rápida.

☐ Assinale esta caixa caso considere que necessita de uma decisão no espaço de 72 horas (caso disponha de uma declaração de suporte do seu médico, anexe-a a este pedido).

Anexe quaisquer informações adicionais que tenha relacionadas com o seu recurso, tais como uma declaração do seu médico e registos médicos relevantes. Solicite ao seu médico que aborde os critérios de cobertura do seu Plano conforme indicado na carta de indeferimento do Plano ou outros documentos do Plano. Será necessário o contributo do seu médico para explicar porque não pode cumprir os critérios de cobertura do Plano e/ou por que motivos os medicamentos obrigatórios pelo Plano não são clinicamente adequados para si.

Informações adicionais que devemos ter em consideração: _____

Importante: Inclua uma cópia do Aviso de redeterminação (indeferimento) que deve ter recebido do seu plano de medicação, se disponível.

Assinatura do requerente do recurso (a pessoa inscrita ou representante):

_____ **Data:** _____

CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) é um plano de saúde que contrata os programas Medicare e Commonwealth of Massachusetts Medicaid para fornecer benefícios de ambos os programas aos inscritos. A inscrição no plano depende da renovação do contrato.

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

Pode obter este documento gratuitamente noutros formatos – por exemplo, em impressão de grande formato, braille ou áudio. Ligue para o número 833-251-9739 (TTY 711), 24 horas por dia, sete dias por semana. A chamada é gratuita.