



## Pedido de Redeterminação de Indeferimento de Cobertura de Receitas Médicas Medicare

Uma vez que nós, CCA Senior Care Options (HMO D-SNP), indeferimos o seu pedido de cobertura de (ou pagamento de) uma receita médica, tem o direito de solicitar uma redeterminação (recurso) da nossa decisão. Tem 65 dias a partir da data do nosso Aviso de indeferimento da cobertura de receitas médicas da Medicare para solicitar uma redeterminação. Este formulário pode ser enviado por correio ou fax:

Morada:  
CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions  
P.O. Box 52000, MC109  
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax:  
1-855-633-7673

Também pode recorrer através do nosso website em [www.ccama.org](http://www.ccama.org).  
Os pedidos de recurso rápido podem ser efetuados pelo telefone através do 833-251-9739, TTY: 711, 24 horas por dia, sete dias por semana..

**Quem pode efetuar um pedido:** O seu médico pode solicitar um recurso em seu nome. Caso pretenda que outra pessoa (como por exemplo um membro da família ou amigo) recorra por si, essa pessoa tem de ser nomeada sua representante. Contacte-nos para saber como nomear um representante.

<b>Informações da pessoa inscrita</b>
Nome da pessoa inscrita _____ Data de nascimento _____
Morada da pessoa inscrita _____
Cidade _____ Estado _____ Código postal _____
Telefone _____
Número de ID de membro da pessoa inscrita _____
<b>Preencher a secção seguinte APENAS caso a pessoa que está a efetuar este pedido não seja a pessoa inscrita:</b>
Nome do requerente _____
Relação entre o requerente e a pessoa inscrita _____
Morada _____
Cidade _____ Estado _____ Código postal _____
Telefone _____

**Documentação de representação para recursos efetuados por pessoas que não sejam a pessoa inscrita ou o médico da pessoa inscrita:**

**Anexar documentação comprovativa da autoridade para representação da pessoa inscrita (um Formulário CMS-1696 de autorização de representação preenchido ou equivalente por escrito) caso não tenha sido enviada aquando da determinação ou redeterminação de cobertura. Para obter mais informações sobre como nomear um representante, contacte o seu plano ou 1-800-Medicare, 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para: 1-877-486-2048**

**Medicamento que está a solicitar:**

Nome do medicamento: \_\_\_\_\_ Concentração/quantidade/dose: \_\_\_\_\_

Adquiriu o medicamento enquanto aguarda o recurso?  Sim  Não

Se "Sim": Data de aquisição: \_\_\_\_\_ Quantia paga: \$ \_\_\_\_\_ (anexar cópia do recibo)

Nome e número de telefone da farmácia: \_\_\_\_\_

**Informações do médico**

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Telefone do gabinete \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Pessoa de contacto no gabinete \_\_\_\_\_

**Nota importante: Decisões rápidas**

Caso você ou o seu médico considerarem que aguardar 7 horas por uma decisão normal 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 saúde, iremos dar-lhe automaticamente uma decisão no espaço de 72 horas. Caso não obtenha o apoio do seu médico para um recurso rápido, iremos decidir se o seu caso requer uma decisão rápida. Não pode solicitar um recurso rápido caso nos esteja a solicitar um reembolso por um medicamento que já recebeu.

**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).**

**Indique os motivos pelos quais está a recorrer.** Anexe páginas adicionais, se necessário. Anexe quaisquer informações adicionais que considere servirem de auxílio ao seu caso, tais como uma declaração do seu médico e registos médicos relevantes. Deve fazer referência à explicação dada no Aviso de indeferimento de cobertura de receitas médicas da Medicare e solicitar ao seu médico que aborde os critérios de cobertura do seu Plano, se disponível, 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.

---

---

---

---

**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.**