



Nombre del plan: CCA One Care (HMO D-SNP)

ID del contrato: H1486

ID del formulario: 00026339

ID del plan: 001

Solicitud de reconsideración de rechazo de medicamento recetado de Medicare

Tiene derecho a solicitar una revisión independiente de la decisión de su plan de medicamentos de Medicare respecto al rechazo a cubrir o pagar un medicamento recetado que usted solicitó. Use este formulario para pedir una revisión independiente de la decisión del plan sobre su medicamento.

Puede también presentar una solicitud en línea en c2cinc.com/Appellant-Signup.

- Puede solicitar una revisión independiente dentro de los 65 días de la fecha del Aviso de redeterminación del plan.
- El emisor de la receta puede presentar una solicitud de reconsideración en nombre suyo sin tener designado un representante. Si usted desea que otra persona la presente en nombre suyo (por ejemplo, un pariente o un amigo), debe designar a esa persona como su representante.

Información de miembro del plan

Nombre del miembro: _____

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

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Información de la receta y del emisor de la receta

Medicamento recetado que usted le pidió al plan que cubriera: _____

Nombre del emisor de la receta: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono del consultorio: _____

Fax del consultorio: _____

C2C Innovative Services, Inc.
Medicare Part D QIC Reconsideration

v5

Persona de contacto en el consultorio: _____

¿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 justificativa provista por el emisor de la receta, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o el emisor de la receta creen que el esperar una decisión estándar (provista en 7 días) podría poner en serio peligro su vida, su salud o su capacidad de recobrar sus funciones a pleno, puede solicitar una decisión sin demora (rápida).
- Si el emisor de la receta indica que el esperar 7 días podría poner en serio peligro su vida, su salud o su capacidad de recobrar sus funciones a pleno, la organización de revisión independiente automáticamente le dará una decisión dentro de las siguientes 72 horas. Este plazo podría extenderse por hasta 14 días calendario si su caso tiene que ver con una solicitud de excepción y no recibimos la declaración justificativa del emisor de la receta en apoyo a la solicitud, O si la persona que actúa en nombre de usted presenta una solicitud de apelación pero no entrega la documentación apropiada de representación.
- Si no recibe el apoyo del emisor de la receta para una apelación sin demora, la organización de revisión independiente decidirá si su estado de salud requiere de una decisión rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debe estar cubierto

- Adjunte cualquier información adicional que tenga relacionada con su solicitud de revisión, como una declaración del emisor de la receta o y cualquier expediente médico relevante.
- **Incluya una copia del Aviso de redeterminación (rechazo) del plan que recibió, si lo tiene.**
- El emisor de la receta 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 emisor de la receta 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 o redeterminación de la cobertura.

Nombre del representante: _____

Relación con el miembro: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Firmar y enviar este formulario

Firma de la persona que solicita esta revisión (el miembro o su representante):

Firma: _____ Fecha: _____

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

Número gratuito de fax: Apelaciones estándar (833) 710-0580 Apelaciones sin demora (833) 710-0579

Correo estándar:

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

Courier o correo con seguimiento (como FedEx o UPS):

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

O bien envíe la solicitud en línea a <https://www.c2cinc.com//Appellant-Signup>

CCA One Care (HMO D-SNP) es un Plan de Necesidades Especiales para Personas Doblemente Elegibles (D-SNP) que tiene contratos con Medicare y MassHealth (Medicaid) para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos. 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 833-251-9739 (TTY 711), 24 horas al día, 7 días a la semana. La llamada es gratis.

Aviso de no discriminación

Commonwealth Care Alliance, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina a las personas, no las excluye, ni las trata diferente debido a su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al Miembro.

Si cree que Commonwealth Care Alliance, Inc. no le ha proporcionado estos servicios o le ha discriminado de algún otro modo por su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluida la discapacidad conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede presentar una queja formal ante:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street, 11th Floor
Boston, MA 02108
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY 711) Fax: 857-453-4517
Correo electrónico: civilrightscordinator@commonwealthcare.org

Puede presentar una queja formal en persona, o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de Derechos Civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de reclamo están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

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 833-251-9739 (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 833-251-9739 (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 833-251-9739 (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 833-251-9739 (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 833-251-9739 (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 833-251-9739 (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 833-251-9739 (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 +833-251-9739 (TTY: 711) an.

Korean: 한국어를 구사하는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 보조 도구와 서비스도 무료로 제공됩니다. 833-251-9739 (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 833-251-9739 (TTY: 711).

Arabic: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية المجانية أيضًا مساعدات وخدمات إضافية لتوفير المعلومات. وتوفر بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 833-251-9739 (TTY: 711).

Hindi: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूप में सूचना उपलब्ध कराने के लिए सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 833-251-9739 (TTY: 711) पर कॉल करें।

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 833-251-9739 (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 833-251-9739 (TTY: 711).

Cape Verdean Creole: Si bu ta papia Kriolu di Kabu Verdi, sirvisus di apoiu lingustikui ta sta disponível. També ta sta disponível apoiu y sirvisus ausiliaris pa da informason na formatus asesível. Txoma pa 833-251-9739 (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 fòm aksèsib ki disponib gratis tou. Rele 833-251-9739 (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 833-251-9739 (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。833-251-9739 (TTY: 711) にお電話ください。

Gujarati: જો તમે ગુજરાતી બોલનાર છો, તો મફત ભાષા સહાય સેવા ઉપલબ્ધ છે. માહિતીને સુલભ ફોર્મેટમાં પ્રદાન કરવા માટે સહાયક સહાય અને સેવા પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 833-251-9739 (TTY: 711) પર કોલ કરો.

Lao/Laotian: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາພຣີ. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເພື່ອສະໜອງຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແມ່ນຍັງສາມາດໃຊ້ໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 833-251-9739 (TTY: 711).

Greek: Εάν μιλάτε ελληνικά, διατίθενται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Διατίθενται επίσης δωρεάν βοηθητικά μέσα και υπηρεσίες για την παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμη μορφή. Καλέστε στο 833-251-9739 (TTY: 711).

Khmer: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ នោះនឹងមានការផ្តល់ជូនសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ ជំនួយ និងសេវាក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជានិច្ចដែលអាចចូលប្រើបានក៏នឹងមានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅ 833-251-9739 (TTY: 711)។