



Pedido de reapreciação da recusa do medicamento sujeito a receita médica Medicare

CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) recusou o seu pedido de cobertura (ou pagamento) de uma receita médica. Tem o direito de nos pedir uma reapreciação (recurso) da nossa decisão.

Utilize este formulário para recorrer desta decisão.

- Pode solicitar um recurso no prazo de 65 dias a contar da data do nosso Aviso de recusa de cobertura de medicamento sujeito a receita médica Medicare.
- Também pode apresentar um recurso através do nosso sítio Web em ccama.org.
- Os pedidos de recurso rápido podem ser efetuados por telefone através do 1-833-251-9739, TTY: 711, 24 horas por dia, sete dias por semana.

O seu médico prescritor pode solicitar um recurso em seu nome. Se pretender que outra pessoa (como um familiar ou amigo) apresente um recurso por si, essa pessoa tem de ser o seu representante. Contacte-nos através do 1-833-251-9739, TTY: 711, 24 horas por dia, sete dias por semana para saber como nomear um representante.

Informações sobre o inscrito no plano

Nome do inscrito: _____

Número de ident. inscrito: _____ Data de nascimento (MM/DD/AAAA): _____

Endereço: _____

Cidade, estado, código postal: _____

Telefone: _____

Informações sobre a receita médica e o médico prescritor

Nome do medicamento solicitado: _____

Concentração/quantidade/dosagem: _____

Nome do médico prescritor: _____

Endereço do consultório: _____

Cidade, estado, código postal: _____

Telefone do consultório: _____ Fax do consultório: _____

Pessoa de contacto do consultório: _____

Já adquiriu este medicamento? ☐ Sim ☐ Não

Se SIM:

Data de aquisição: _____ Valor pago: _____ (anexe cópia de recibo)

Nome da farmácia: _____

Telefone da farmácia: _____

Necessita de uma decisão rápida?

☐ **Assinale esta caixa se considerar que necessita de uma decisão no prazo de 72 horas.** Se tiver uma declaração comprovativa do seu médico prescritor, junte-a a este pedido.

- Se o inscrito ou o seu médico prescritor considerarem que esperar 7 dias por uma decisão normal pode prejudicar gravemente a sua vida, saúde ou capacidade de recuperar o máximo de funções, pode solicitar uma decisão rápida.
- Se o seu médico prescritor indicar que esperar 7 dias pode prejudicar gravemente a sua saúde, apresentaremos automaticamente uma decisão no prazo de 72 horas. Não pode pedir um recurso rápido para pedidos de reembolsos por um medicamento que já tem.
- Se não obtiver o apoio do seu médico prescritor para um recurso rápido, seremos nós a decidir se o seu caso exige uma decisão rápida.

Explique porque é que acredita que este medicamento deve ser coberto

- Anexe quaisquer informações adicionais que considere úteis para o seu caso, tais como uma declaração do seu médico prescritor ou registos médicos.
- Inclua uma cópia do Aviso de recusa de cobertura de medicamento sujeito a receita médica Medicare
- O seu médico prescritor terá de explicar porque é que o inscrito não consegue cumprir as nossas regras de cobertura do plano e/ou porque é que os medicamentos exigidos pelo plano não são clinicamente adequados para si.
- Outras informações a ter em conta: _____

Informações do representante

Preencha esta secção APENAS se a pessoa que faz este pedido não for o inscrito ou o seu médico prescritor. Deve anexar a documentação que comprove a sua autoridade para representar o inscrito (como o Formulário CMS-1696 preenchido ou um equivalente escrito), se esta não tiver sido já apresentada no nível da apreciação da cobertura. Para mais informações sobre a nomeação de um representante, contacte-nos através do 1-833-251-9739.

Nome do representante: _____

Relação com o inscrito: _____

Endereço: _____

Cidade, estado, código postal: _____

Telefone: _____

Assinar e enviar este formulário

Assinatura da pessoa que solicita o recurso (o inscrito, o médico prescritor ou o representante):

Assinatura: _____ **Data:** _____

O formulário preenchido e as informações complementares devem ser enviados por fax ou correio para:

Endereço:

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

Número de fax:

1-855-633-7673

CCA Senior Care Options (HMO D-SNP) é um Plano de Necessidades Especiais para Duplamente Elegíveis (D-SNP) com contrato com o Medicare e com o programa Medicaid do estado de Massachusetts. A adesão ao plano depende da renovação do contrato com o Medicare.

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.

Aviso de não discriminação

A Commonwealth Care Alliance, Inc. cumpre as leis federais aplicáveis relativas a direitos civis e não discrimina com base em, nem exclui pessoas nem as trata de forma diferente por causa de condição médica, estado de saúde, recebimento de cuidados de saúde, experiência relativa a reclamações, historial médico, incapacidade (incluindo incapacidade comportamental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de género), orientação sexual, país de origem, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência. Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Fornece ajuda e serviços gratuitos para que pessoas com deficiência comuniquem de forma eficaz connosco, como:
 - Intérpretes qualificados de linguagem gestual
 - Informações escritas em outros formatos (impressão grande, áudio, formatos eletrónicos acessíveis, outros formatos)
- Fornece serviços linguísticos gratuitos a pessoas cujo idioma principal não é o inglês, tais como:
 - Intérpretes qualificados
 - Informações escritas noutras línguas

Se precisar destes serviços, contacte o Serviço de Apoio a Associados. Se acredita que a Commonwealth Care Alliance, Inc. não prestou estes serviços ou discriminou de outra forma com base na condição médica, estado de saúde, recebimento de cuidados de saúde, experiência relativa a reclamações, historial médico, incapacidade (incluindo incapacidade comportamental), estado civil, idade, sexo (incluindo estereótipos sexuais e identidade de género), orientação sexual, país de origem, raça, cor, religião, credo, assistência pública ou local de residência, pode apresentar uma reclamação junto de:

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

Você pode registar uma reclamação pessoalmente ou por correio, fax ou e-mail. Caso precise de ajuda para apresentar uma reclamação, o Civil Rights Coordinator estará disponível para o ajudar. Também pode apresentar uma queixa de direitos civis no U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, pelo portal eletrónico, Office for Civil Rights Complaint Portal, disponível em: ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, ou por e-mail ou telefone em:

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

Os formulários de reclamação estão disponíveis em 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 सेवाएं 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 fòma aksesib 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)។