



Solicitud de redeterminación de la denegación de medicamentos con receta de Medicare

Debido a que CCA Health California (HMO) rechazó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento con receta, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura para medicamentos con receta de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o fax:

Dirección:
MedImpact HealthCare Services
Attn: Appeals Coordinator
10181 Scripps Gateway Ct.
San Diego, CA 92131

Número de fax:
1-858-790-6060

Las solicitudes de apelación acelerada pueden hacerse por teléfono al **1-888-254-9907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, excepto los feriados; y desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, excepto los feriados.

¿Quién puede realizar la solicitud? La persona autorizada a dar recetas puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un miembro de la familia o un amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Contáctenos para obtener información sobre cómo designar a un representante.

Información de la persona inscrita

Nombre de la persona inscrita _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de la persona inscrita _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación de la persona inscrita _____

Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que realiza esta solicitud no es la persona inscrita:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con la persona inscrita _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes de apelación realizadas por alguien que no sea la persona inscrita o la persona autorizada a dar recetas:

Adjunte documentación que muestre la autoridad para representar a la persona inscrita (un formulario CMS-1696 de autorización de representación completado o un equivalente escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al 1- 800-Medicare.

Medicamento con receta que solicita:

Nombre del medicamento: _____ Concentración/cantidad/dosis: _____

¿Ha comprado el medicamento sometido a la apelación? Sí No

En caso afirmativo:

Fecha de compra: _____ Monto pagado: \$ _____ (adjunte copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información de la persona autorizada a dar recetas

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio _____

Nota importante: decisiones aceleradas

Si usted o la persona autorizada a dar recetas creen que esperar 7 días por una decisión estándar podría perjudicar seriamente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona autorizada a dar recetas indica que esperar 7 días podría perjudicar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las 72 horas. Si no obtiene el respaldo de la persona autorizada a dar recetas para realizar una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas, adjúntela a esta solicitud).

Explique las razones de la apelación. Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que usted crea que pueda ayudar en su caso, como una declaración de la persona autorizada a dar recetas y los registros médicos pertinentes. Puede consultar la explicación que le proporcionamos en el Aviso de denegación de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Firma de la persona que solicita la apelación (la persona inscrita, la persona autorizada a dar recetas o el representante):

Fecha: _____

CCA Health California es un plan Medicare Advantage HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-333-3530 (TTY: 711). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-333-3530 (TTY:711). 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-333-3530 (TTY: 711)。El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Los mensajes recibidos los días feriados y fuera de nuestro horario de atención se responderán en el plazo de un día hábil.