

Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare

TotalCare rechazó su solicitud de cobertura de (o pago de) _____. Tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Utilice este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en www.medimpact.com.
- Las solicitudes de apelación acelerada se pueden realizar por teléfono al 800-347-5841.

Su médico puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) presente una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Llámanos al 800-347-5841 para obtener información sobre cómo nombrar a un representante.

Información sobre los inscritos en el plan

Nombre del inscrito: _____

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

Dirección de envío: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Información sobre recetas y médicos que recetan

Nombre del medicamento que usted solicitó: _____

Concentración/cantidad/dosis: _____

Nombre del prescriptor: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono del consultorio: _____ Fax del consultorio: _____

Persona de contacto del consultorio: _____

¿Ya compró este medicamento? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo:

Fecha de compra: _____ Monto pagado: _____ (adjuntar copia del recibo)

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?

☐ **Marque esta casilla si cree que necesita una decisión dentro de 72 horas.** Si tiene una declaración de respaldo de su médico prescriptor, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o su médico creen que esperar 7 días para recibir una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad de recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida).
- Si su médico le indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 72 horas. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya recibió.
- Si no obtiene el apoyo de su médico para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debería estar cubierto

- Adjunte cualquier información adicional que crea que pueda ayudar a su caso, como una declaración de su médico o registros médicos.
- Incluya una copia del Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare
- Su médico deberá explicarle por qué no puede cumplir con las reglas de cobertura de nuestro plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.
- Otra información que debemos considerar: _____

Información representativa

Complete esta sección SOLAMENTE si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado ni el médico que recetó al afiliado. Debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar al afiliado (como un Formulario CMS-1696 completo 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, llámenos al 800-347-5841.

Nombre del representante: _____

Relación con el inscrito: _____

Dirección de la calle: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado, el médico que receta o el representante):

Firma: _____ **Fecha:** _____

Envíe por fax o correo su formulario completo y cualquier información de respaldo a:

Dirección:

Número de fax: 858-790-6060

MedImpact Healthcare Systems, Inc.

Appeal Attn: Appeals Department

10181 Scripps Gateway Court

San Diego, CA 92131