

Solicitud de redeterminación de la negación de medicamentos recetados de Medicare

Como CareOregon Advantage Plus HMO-POS-D-SNP rechazó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, tiene derecho a solicitar una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro aviso de negación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitar una redeterminación. Puede enviar este formulario por correo o fax:

Dirección:
CareOregon Advantage
Attn: Pharmacy Appeals Department
315 SW Fifth Ave
Portland, OR 97204

Número de fax:
(503) 416-1428

Puede solicitar una apelación a través de nuestro sitio web en www.careoregonadvantage.org. Las solicitudes de apelación acelerada pueden realizarse por teléfono al 503-416-4279 o a la línea gratuita 888-712-3258 (TTY/TDD 711).

¿Quién puede presentar una solicitud? Su médico prescriptor puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Póngase en contacto con nosotros para obtener información sobre cómo nombrar a su representante.

Datos del afiliado:

Nombre del afiliado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación de afiliado _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado:

Nombre del solicitante _____

Relación con el afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes de apelación realizadas por alguien que no sea el afiliado ni su médico prescriptor:

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

Medicamento recetado que solicita:

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

¿Ha comprado el medicamento mientras la apelación estaba en curso? Sí No

Si marcó "Sí":

Fecha de compra: _____ Monto abonado: \$ _____ (adjuntar recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Datos del médico prescriptor:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto en el consultorio _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su médico prescriptor creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría causarle un grave daño a su vida, salud o capacidad para recuperar su funcionamiento máximo, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su médico prescriptor indica que esperar 7 días podría causarle un grave daño a su salud, le proporcionaremos automáticamente una decisión en un plazo de 72 horas. Si no obtiene el respaldo de su médico prescriptor para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si está solicitando el reembolso de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS (si cuenta con una declaración de respaldo de su médico prescriptor, adjúntela a esta solicitud).

Explique las razones de su apelación. Adjunte páginas adicionales si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que crea que pueda ayudar a su caso, como una declaración de su médico prescriptor y los registros médicos relevantes. Puede ser útil consultar la explicación que proporcionamos en el Aviso de negación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y hacer que su médico prescriptor aborde los criterios de cobertura del Plan, si están disponibles, tal como se indican en la carta de negación del Plan o en otros documentos del Plan. Se necesitará la opinión de su médico prescriptor para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan o por qué los medicamentos que el Plan incluye no son médicamente adecuados para usted.

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado o el representante):_____
Fecha: _____