Solicitud de redeterminación de la negación de medicamentos recetados de Medicare

CareOregon Advantage rechazó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado. Tiene derecho a solicitar una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Use este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días a partir de la fecha de nuestro aviso de negación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- También 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.

Su médico prescriptor puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Póngase en contacto con nosotros al 503-416-4279 para obtener información sobre cómo nombrar a su representante.

Información del afiliado al plan

Nombre del afiliado: _____

Número de identificación de miembro: _____

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

Correo postal: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono: _____

Información del medicamento recetado y del médico prescriptor

Nombre del medicamento que solicitó: _____

Concentración/cantidad/dosis: _____

Nombre del médico prescriptor: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono del consultorio: _____ Fax del consultorio: _____

Persona de contacto del consultorio: _____

¿Ya compró este medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si marcó "SÍ":

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

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión expedita (rápida)?

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

- 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. No puede solicitar una apelación acelerada si está solicitando el reembolso de un medicamento que ya recibió.
- Si no obtiene el respaldo de su médico prescriptor 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 prescriptor o los registros médicos.
- Incluya una copia del aviso de negación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su médico prescriptor deberá explicar por qué no puede cumplir con nuestros criterios de cobertura de su plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente adecuados para usted.
- Otra información que deberíamos considerar: _____

_____

Información del representante

Complete esta sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es el afiliado o el médico prescriptor del afiliado. Debe adjuntar documentación que demuestre la autorización para representar al afiliado (como un Formulario CMS-1696 de los Centers for Medicare & Medicaid Services [Centros de Servicios de Medicare y Medicaid] o su equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, llámenos al 503-416-4279.

Nombre del representante: _____

Relación con el afiliado: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

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

Firma: _____ **Fecha:** _____

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

Dirección:	**Números de fax:**
CareOregon Advantage Attn: Pharmacy Appeals Department 315 SW Fifth Avenue Portland, OR 97204	503-416-1428