

Su solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos con receta de Medicare

Debido a que FirstCare Advantage Dual SNP (HMO SNP) denegó su solicitud de cobertura de (o pago por) un medicamento con receta médica, 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 de medicamentos con receta de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo postal o fax:

Dirección:
FirstCare Advantage Dual SNP
PO BOX 1039
Appleton, WI 54912-1039

Número de fax:
1-844-268-9791

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en www.FirstCare.com/DualSNP. Las solicitudes de apelación acelerada se pueden realizar por teléfono al 1-866-229-4969 (TTY: 711).

Quién puede hacer una solicitud: Su médico que emite la receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrar un representante.

Información del Afiliado

Nombre del Afiliado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del Afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación de miembro del Afiliado _____

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

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el Afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para la solicitud de apelación realizada por alguien que no sea el afiliado o el médico que emite la receta del afiliado:

Adjunte documentación que muestre la autoridad para representar al afiliado (un formulario CMS-1696 de Autorización de representación completado o un escrito equivalente) 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 con el 1-800-Medicare.

Medicamento con receta que usted solicita:

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

¿Ha comprado el medicamento pendiente de apelación? Sí No

Si la respuesta es "Sí":

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

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información del médico que emite la receta

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su médico que emite la receta cree que esperar 7 días por una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el médico que emite la receta indica que esperar 7 días podría dañar gravemente su salud, le daremos una decisión automáticamente dentro de 72 horas. Si no obtiene el respaldo de su médico que emite la receta para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos solicita que le paguemos por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de su médico que emite la receta, adjúntela a esta solicitud).

Explique los motivos de su apelación. Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que considere que puede ayudar a su caso, como una declaración de su médico que emite la receta y registros médicos relevantes. Es posible que desee consultar la explicación que proporcionamos en el Aviso de denegación de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y que su médico que emite la receta aborde los criterios de cobertura del Plan, si están disponibles, según se indica en la carta de denegación del Plan o en otros documentos del Plan. Se necesitará la opinión de su médico que emite la receta para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el Plan no son medicamento apropiados para usted.

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