

Nombre del plan:  
Id. del formulario:

Id. del contrato:  
Id. del plan:

### **Solicitud de reconsideración de la denegación de medicamento recetado de Medicare**

Usted tiene derecho a solicitar una revisión independiente de la decisión del plan de denegar la cobertura o el pago de un medicamento recetado que usted solicitó. Utilice este formulario para solicitar una revisión independiente de la decisión de su plan de medicamentos. También puede presentar una solicitud en línea en <https://www.c2cinc.com//Appellant-Signup>.

- Puede solicitar una revisión independiente dentro de los 65 días posteriores a la fecha del Aviso de redeterminación del plan.
- El profesional que receta el medicamento puede presentar una solicitud de reconsideración en su nombre sin ser un representante designado. Si desea que otra persona presente la solicitud en su nombre (como un familiar o un amigo), debe designar a esa persona como su representante.

#### **Información del afiliado del plan:**

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_

N.º de Medicare: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):  
(En su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#### **Información del profesional que receta y de la receta:**

Medicamento recetado para el cual solicitó cobertura al plan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del profesional que receta: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax del consultorio: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Persona de contacto en el consultorio:

\_\_\_\_\_

#### **¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?**

**Marque esta casilla si cree que necesita una decisión en un plazo de 72 horas.** Si tiene una declaración de respaldo del médico que le recetó el medicamento, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o el médico u otro proveedor que le recetó el medicamento consideran que la

espera de una decisión estándar (que se comunicará en el transcurso de 7 días) puede poner en grave peligro su vida o perjudicar gravemente su salud o su capacidad para recuperar el funcionamiento máximo, puede solicitar una decisión acelerada (rápida).

- Si el médico u otro proveedor que le recetó el medicamento indican que la espera de 7 días podría poner en grave peligro su vida o perjudicar gravemente su salud o su capacidad para recuperar el funcionamiento máximo, la organización de revisión independiente le comunicará una decisión automáticamente en el transcurso de 72 horas. Este plazo podría extenderse a hasta 14 días calendario si su caso involucra una solicitud de excepción y no hemos recibido la declaración de respaldo de su médico u otro profesional que le receta el medicamento que respalde la solicitud, O BIEN si la persona que actúa en su nombre presenta una solicitud de apelación, pero no presenta la documentación de representación apropiada.
- Si usted no obtiene el respaldo de su médico u otro profesional que le recetó el medicamento para solicitar una apelación acelerada, la organización de revisión independiente decidirá si su afección de salud requiere una decisión rápida.

**Explique por qué considera que debería cubrirse este medicamento**

- Adjunte cualquier información adicional que tenga para respaldar su solicitud de revisión, como una declaración del profesional que receta el medicamento o cualquier expediente médico relevante.
- **Incluya una copia del Aviso de redeterminación (denegación) del plan que recibió, si la tiene.**
- El profesional que receta el medicamento deberá explicar por qué no puede cumplir con las normas cobertura de nuestro plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son adecuados por razones médicas para usted.
- Otra información que debemos tener en cuenta:

---

---

**Información del representante:**

Complete esta sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado o el profesional que receta el medicamento. Debe adjuntar la documentación que demuestre que la persona está autorizada para representar al afiliado (Formulario CMS-1696 completado o un documento equivalente por escrito) si dicha documentación no se envió al nivel de la determinación o la redeterminación de la cobertura.

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Relación del representante con el afiliado: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Firme y envíe este formulario**

Firma de la persona que solicita esta revisión (el afiliado o el representante):

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

**Fax gratuito: Apelaciones estándar (833) 710-0580**

**Apelaciones aceleradas (833) 710-0579**

**Correo estándar:**

C2C Innovative Solutions, Inc.  
Part D Drug Reconsiderations  
P.O. Box 44166  
Jacksonville, FL 32231-4166

**Para envío por correo de mensajería como FedEx o UPS:**

C2C Innovative Solutions, Inc.  
Part D Drug Reconsiderations  
301 W. Bay St., Suite 1110  
Jacksonville, FL 32202

O bien, envíe su solicitud en línea a <https://www.c2cinc.com//Appellant-Signup>