Solicitud de redeterminación de la denegación de medicamentos recetados de Medicare

CarePlus denegó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado. Usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Utilice este formulario para apelar la decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días posteriores a la fecha de nuestro Aviso de denegación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en www.CareplusHealthplans.com/appeal .
- Las solicitudes de apelación acelerada se pueden realizar por teléfono al 1-800-451-4651.

El profesional que receta el medicamento puede solicitarnos 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. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar a un representante.

Información del afiliado del plan

Nombre del afiliado: _____

Número de identificación de afiliado: _____

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

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono:_____

Información del profesional que receta y de la receta

Nombre del medicamento que solicitó: _____

Concentración/cantidad/dosis: _____

Nombre del profesional que receta: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, Estado y Código postal: _____

Teléfono del consultorio: _____ Fax del consultorio: _____

Persona de contacto en el consultorio: _____

¿Ya compró este medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ:

Fecha de compra: _____ Importe 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 EN UN PLAZO DE 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de parte del profesional que receta, adjúntela a esta solicitud).**

- Si usted o el profesional que receta el medicamento consideran que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar el máximo funcionamiento, puede solicitar una decisión acelerada (rápida).
- Si el profesional que receta el medicamento indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le comunicaremos una decisión automáticamente en un plazo de 72 horas. No puede solicitar una apelación acelerada si nos está solicitando que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya recibió.
- Si no obtiene el respaldo del profesional que el medicamento para solicitar una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

Explique por qué considera que debería cubrirse este medicamento

- Adjunte cualquier información adicional que considere útil para su caso, como la declaración del profesional que receta el medicamento o expediente médico.
- Incluya una copia del Aviso de denegación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Adjunte cualquier información adicional que considere útil para su caso, como la declaración del profesional que receta el medicamento o expediente médico.
- El proveedor que receta el medicamento deberá explicar por qué no puede cumplir con las normas cobertura de nuestro plan 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 proveedor 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. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.

Nombre del representante: _____
Relación con el afiliado: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____
Teléfono:_____

Firme y envíe este formulario

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

_____ Fecha: _____

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

Dirección:
CarePlus Health Plans
Quejas y Apelaciones
P.O. Box 14165
Lexington, KY 40512-4165

Número de fax:
1-877-556-7005

CarePlus HEALTH PLANS™

Aviso de no discriminación

CarePlus Health Plans, Inc. cumple con todas las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discrimina ni excluye a las personas por su raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. CarePlus Health Plans Inc.:

- Proporciona a las personas con discapacidades adaptaciones razonables y servicios y ayudas auxiliares gratuitas y adecuadas para comunicarse eficazmente con nosotros, como por ejemplo:
  - Intérpretes acreditados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos de acceso electrónico o de otro tipo)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuya lengua materna no es el inglés, los cuales pueden incluir:
  - Intérpretes acreditados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita adaptaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, póngase en contacto con **800-794-5907 (TTY: 711)**. Si usted cree que CarePlus Health Plans, Inc. no le ha prestado estos servicios o le ha discriminado por motivos de raza, color, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud, puede presentar una queja en persona o por correo postal o electrónico a la atención del Coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, **800-794-5907 (TTY: 711)**, o **Accessibility1@CarePlus-HP.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de no discriminación de CarePlus Health Plans, Inc. puede ayudarle.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o por teléfono a:

- U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).**

CarePlus HEALTH PLANS™

Este aviso está disponible en **es-www.CarePlusHealthPlans.com/NDN.**

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available. Call **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **1-800-794-5907 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Զանգահարե՛ք՝ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**:

বাংলা Bengali: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **1-800-794-5907 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 Simplified Chinese：我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **1-800-794-5907**（听障专线：**711**）。

繁體中文 Traditional Chinese：我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **1-800-794-5907（聽障專線：711）**。

Kreyòl Ayisyen Haitian Creole: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòma sèvis disponib. Rele **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Hrvatski Croatian: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **1-800-794-5907 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français French: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Deutsch German: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Ελληνικά Greek: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી Gujarati: નિઃશુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** પર કૉલ કરો.

עברית Hebrew: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **1-800-794-5907 (TTY: 711)**

Hmoob Hmong: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

This notice is available at **CarePlusHealthPlans.com/MLI**.

GHHNOA2025CP

Italiano Italian: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

日本語 Japanese:言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**1-800-794-5907 (TTY: 711)** までお電話ください。

ភាសាខ្មែរ Khmer៖ សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាទម្រង់ផ្សេងជំនួសអាចរកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-794-5907 (TTY: 711)**។

한국어 Korean: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다. **1-800-794-5907 (TTY: 711)**번으로 문의하십시오.

Diné Navajo: Saad t’áá jiik’eh, t’áadoole’é binahjį’ bee adahodooníłígíí diné bich’į’ anídahazt’i’í, dóó łahgo át’éego bee hada’dilyaaígíí bee bika’aanída’awo’í dahólǫ. Kohjį’ hodíilnih **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Polski Polish: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty. Zadzwoń pod numer **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Português Portuguese: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e outros formatos alternativos. Ligue **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ Punjabi: ਮੁਫ਼ਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-794-5907 (TTY: 711)** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский Russian: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки, вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Español Spanish: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y servicios en otro formato están disponibles. Llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

Tagalog Tagalog: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.

தமிழ் Tamil: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు Telugu: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు అందుబాటులో గలవు. **1-800-794-5907 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

اردو Urdu: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ کال **1-800-794-5907 (TTY: 711)**

Tiếng Việt Vietnamese: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định dạng thay thế. Hãy gọi **1-800-794-5907 (TTY: 711)**.