

**Solicitud para reconsideración de negación de medicamentos
recetados de Medicare**

Como su plan de medicamentos de Medicare ha mantenido su decisión inicial de denegar la cobertura de, o el pago por, un medicamento recetado que usted solicitó, o mantenido la decisión con respecto a una determinación de riesgo realizada bajo su programa de administración de medicamentos, tiene derecho a solicitar una revisión independiente de la decisión del plan. **Puede utilizar este formulario para solicitar una revisión independiente de la decisión del plan de medicamentos.** Tiene 60 días desde la fecha del Aviso de redeterminación para solicitar una revisión independiente. Complete este formulario y envíelo por correo o por fax a:

Correo postal estándar:

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

Mensajería correo postal con seguimiento (ej. FedEx o UPS):

C2C Innovative Solutions, Inc.
Part D Drug Reconsiderations
301 W. Bay St., Suite 600
Jacksonville, FL 32202

Número de fax gratuito: (833) 710-0580

Sitio web del portal: <https://www.c2cinc.com//Appellant-Signup>

Nota sobre representantes: Su profesional que receta puede presentar una solicitud para una reconsideración en su nombre sin ser un representante designado. Si desea que otra persona, como un miembro de su familia o un amigo, solicite una revisión independiente por usted, esa persona debe ser nombrada como su representante.

Información del afiliado:

Nombre del afiliado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono: (_____) _____

Número de identificador de beneficiario de Medicare _____

(de la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)

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

Nombre del plan de medicamentos de la Parte D actual: _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado o el profesional que receta del afiliado (asegúrese de adjuntar documentación que muestre la autorización de la persona para representar al afiliado a los fines de esta solicitud):

Nombre del representante: _____

Relación del solicitante con el representante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____

Medicamento recetado que le solicitó a su plan que cubriera: _____

Documentación de representación para solicitudes de apelación realizadas por alguien que no sea el afiliado o el profesional que receta:

Adjunte la documentación que muestre la autorización para representar al afiliado (un formulario CMS-1696 completado o un equivalente por escrito) si no fue presentada en el nivel de determinación o redeterminación de cobertura. Un médico u otro profesional que receta puede solicitar una apelación en nombre del afiliado sin ser un representante designado.

Información del médico que receta o de otro profesional que receta:

Nombre del profesional que receta: _____

Dirección de la oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del consultorio: (_____) _____

Fax del consultorio: (_____) _____

Persona a contactar en el consultorio: _____

Decisiones aceleradas:

Si usted o su médico que receta u otro profesional que receta consideran que esperar por una decisión estándar (que se tomará dentro de 7 días) podría afectar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar un funcionamiento pleno, pueden solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su médico que receta u otro profesional que receta indican que esperar 7 días podría afectar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar un funcionamiento pleno, la organización de revisión independiente automáticamente le dará una decisión dentro de las 72 horas.

Este plazo puede extenderse hasta 14 días calendario si su caso está relacionado con una solicitud de excepción y no hemos recibido la declaración de respaldo de su médico u otro profesional que receta en la que respalden la solicitud, O BIEN si la persona que actúa por usted presenta una solicitud de apelación, pero no entrega la documentación de representación adecuada.

Si no obtuvo el apoyo de su médico u otro profesional que receta para una apelación acelerada, la organización de revisión independiente decidirá si su afección médica requiere una decisión rápida.

Marque este casillero si considera que necesita una decisión dentro de 72 horas (si tiene una declaración de respaldo de su médico u otro profesional que receta, adjúntela a esta solicitud).

Adjunte cualquier información adicional que tenga relacionada con su apelación, como una declaración de su médico o del profesional que receta y registros médicos relevantes. El profesional que receta deberá referirse a los criterios de cobertura del plan tal como se indica en la carta de denegación o en otros documentos del plan. Se necesitarán aportes del profesional que receta para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del plan y por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente adecuados para usted.

Información adicional que deberíamos considerar:

Importante: Incluya una copia del aviso de redeterminación (denegación) que debió haber recibido de su plan de medicamentos, si se encuentra disponible.

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

_____ Fecha: _____