

Solicitud de Redeterminación de Denegación de Medicamentos Recetados de Medicare

Como nosotros, el Plan Cuidado Absoluto FIDA de Healthfirst (Plan Medicare-Medicaid), denegamos su solicitud de cobertura (o de pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a pedirnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 60 días desde la fecha del aviso de la denegación de cobertura de los medicamentos recetados de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:	Fax:
Healthfirst AbsoluteCare FIDA Plan	1-855-633-7673
FIDA Participant Services	
P.O. Box 5165	
New York, NY 10274-5165	

Usted puede también presentar su solicitud de apelación a través de nuestro sitio de internet en www.healthfirst.org/mmp. Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden hacerse por teléfono al 1-877-779-2959.

Quién puede presentar una solicitud: Su médico recetante puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un familiar o amigo) haga una solicitud en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para informarse sobre cómo nombrar a su representante.

Información del miembro

Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del miembro _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Número de identificación del miembro del plan _____

Llene la siguiente sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es el miembro: Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el miembro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes presentadas por otra persona aparte del miembro o del médico recetante del miembro:

Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al miembro (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 lleno o su equivalente escrito), si no fue presentado en el nivel de determinación de cobertura. Para más información sobre cómo nombrar un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227).

Medicamento recetado que usted solicita

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

¿Compró el medicamento estando la apelación pendiente? Sí No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de la compra: _____ Cantidad \$ _____ (adjunte una copia del recibo) pagada:

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información del médico recetante

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su médico considera que esperar 7 días por una decisión estándar podría poner en serio riesgo su vida, su salud o su capacidad para recobrar el funcionamiento máximo, usted puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su médico recetante indica que la espera de 7 días podría poner en grave riesgo su salud, le comunicaremos automáticamente una decisión en un plazo de 72 horas. Si usted no obtiene el respaldo de su médico para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere de una determinación acelerada. Usted no puede solicitar una decisión de cobertura acelerada si está solicitando el reembolso del pago de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN LAS SIGUIENTES 72 HORAS. Si usted tiene una declaración de respaldo de su médico, adjúntela a esta solicitud.

Por favor, explique sus razones para la apelación. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario. Adjunte toda la información adicional que crea útil para su caso, como una declaración del médico recetante y los registros médicos pertinentes. Es posible que desee consultar la explicación que le brindamos en el aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Firma de la persona que solicita la apelación (el miembro, su médico recetante o el representante):

Fecha: _____

El Plan Cuidado Absoluto FIDA (Plan Medicare-Medicaid) de Healthfirst es un plan de atención administrada con un contrato con Medicare y con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (Medicaid) que brinda los beneficios de ambos programas a sus Participantes a través de la Demostración del Plan de Dobles Beneficios Completamente Integrados (Fully Integrated Duals Advantage, FIDA por sus siglas en inglés).

Los participantes deben utilizar farmacias de la red para tener acceso a sus beneficios de medicamentos recetados.

La lista de medicamentos cubiertos y/o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de hacer cualquier cambio que pudiera afectarle.

Usted puede obtener esta información de forma gratuita en otros idiomas. Llame al 1-855-675-7630 y al TTY/TDD 711, los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. La llamada es gratuita.

Puede solicitar este aviso en otros formatos, como en formato Braille o en letra grande. Llame al 1-855-675-7630 o TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

You can get this information for free in other languages. Call 1-855-675-7630 and TTY/TDD 711, 7 days a week from 8 am to 8 pm. The call is free.

El Plan Medicare de Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El Estado de Nueva York ha creado un programa de defensoría (ombudsman) para participantes llamado la Red Independiente de Defensa del Consumidor (ICAN, por sus siglas en inglés) para proporcionar asistencia gratuita y confidencial sobre cualquier servicio ofrecido por el Plan Cuidado Absoluto FIDA (Plan Medicare-Medicaid) de Healthfirst. Se puede contactar al Defensor (Ombudsman) para Participantes en el número gratuito 1-844-614-8800, TTY 711, o en línea en www.icannys.org.