



**SOLICITUD DE CONFIRMACIÓN DE NEGACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DEL PLAN CUIDADO ABSOLUTO FIDA (PLAN MEDICARE-MEDICAID) DE HEALTHFIRST**

Como nosotros, el Plan Cuidado Absoluto FIDA (Plan Medicare-Medicaid) de Healthfirst, denegamos su solicitud de cobertura (o de pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a pedirnos una confirmación (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 confirmación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

<b>Dirección:</b>	<b>Fax:</b>
CVS Caremark – Appeals Department	1-855-633-7673
MC 109	
P.O. Box 52000	
Phoenix, AZ 85072-2000	

Usted puede también presentar su apelación en nuestra página [www.healthfirst.org/mmp](http://www.healthfirst.org/mmp). Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden hacerse por teléfono al 1-877-779-2959 (TTY: 711).

**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 participante**

Nombre del participante:		Fecha de nacimiento:
Dirección del participante:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Número de identificación del participante del plan:	

**Llene la siguiente sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es el participante:**

Nombre del solicitante:		
Relación del solicitante con el participante:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:		

**Documentación de representación para solicitudes presentadas por otra persona aparte del participante o del médico recetante del participante:** 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), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 o visitar [www.mymedicare.gov](http://www.mymedicare.gov).

**Medicamento recetado que usted solicita**

Nombre del medicamento:	Concentración/cantidad/dosis:	
¿Compró el medicamento estando la apelación pendiente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí":		
Fecha de la compra:	Cantidad pagada: \$ (adjunte una copia del recibo)	
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.

<b>Firma de la persona que solicita la apelación</b> (el participante, su médico recetante o el representante):	<b>Fecha:</b>
---	---------------

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).

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.

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.

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 a participantes/miembros asistencia gratuita y confidencial sobre cualquier servicio ofrecido por Healthfirst Health Plan, Inc. Puede llamar gratuitamente a ICAN al número 1-844-614-8800 o contactarla en línea en [icannys.org](http://icannys.org). (Los usuarios de TTY deben llamar al 711 y seguir las instrucciones para llamar al 844-614-8800).

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

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821)。