



SOLICITUD DE CONFIRMACIÓN DE NEGACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE

Debido a que el Plan Medicare de Healthfirst negó su solicitud de cobertura (o el pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a solicitarnos una confirmación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 60 días desde la fecha de la Notificación de Negación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare para solicitarnos una confirmación. Puede enviarnos este formulario por correo o fax:

Dirección:
CVS Caremark
Attention: Appeals Dept.
MC109
P.O. Box 52000
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax:
1-855-633-7673

También puede presentar una apelación a través en nuestra página www.healthfirst.org. Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden realizarse por teléfono al 1-888-260-1010 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Quién puede presentar una solicitud: el proveedor que escribió la receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (por ejemplo, un familiar o amigo) haga una apelación por usted, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar a un representante.

Información del afiliado

Nombre del afiliado:		Fecha de nacimiento:	
Dirección del afiliado:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono:		Número de identificación del plan del afiliado:	

Completar la siguiente sección SÓLO si la persona que presenta esta solicitud no es el afiliado:

Nombre del solicitante:		
Relación del solicitante con el afiliado:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		

Documentación de representación para solicitudes de apelaciones presentadas por otra persona que no sea el afiliado o el proveedor que escribió la receta: Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario de Autorización de Representación relleno CMS-1696 o un equivalente escrito) si no fue presentado en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o 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.

Medicamento recetado que solicita:

Nombre del medicamento:	Concentración/cantidad/dosis:
¿Ha comprado el medicamento que está pendiente de apelación? <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 proveedor que escribió la receta

Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono del consultorio:		Fax:
Persona de contacto del consultorio:		

Nota importante: decisiones aceleradas

Si usted o el proveedor que escribió la receta consideran que esperar 7 días por una decisión estándar podría perjudicar seriamente su vida, salud o capacidad para recuperar el máximo de sus funciones, puede solicitar una decisión acelerada. Si el proveedor que escribió la receta indica que esperar 7 días podría perjudicar seriamente su salud, automáticamente le comunicaremos una decisión en un plazo de 72 horas. Si usted no obtiene el respaldo del proveedor que escribió la receta para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le reembolsemos por un medicamento que usted ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS Si tiene una declaración de respaldo del proveedor que escribió la receta, adjúntela a esta solicitud.

Por favor, explique sus razones para la apelación. Adjunte páginas adicionales si es necesario. Adjunte toda la información adicional que crea útil para su caso, como una declaración del proveedor que escribió la receta y los récords médicos relevantes. Es posible que desee consultar la explicación que le brindamos en la Notificación de Negación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare.

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado, el proveedor que escribió la receta o el representante):	Fecha:
---	---------------

Healthfirst Health Plan, Inc., ofrece planes HMO que tienen contratos con el gobierno federal. El Plan Medicare de Healthfirst tiene un contrato con el programa Medicaid de Nueva York para el Plan Atención Integral (HMO SNP) de Healthfirst y un Acuerdo de Coordinación de Beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para el Plan Mejor Calidad de Vida (HMO SNP) de Healthfirst. La inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst está sujeta a la renovación del contrato.

El formulario y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. A usted se le notificará al respecto cuando sea necesario.

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.

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）。