



Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare

Debido a que nosotros, OneCare (HMO SNP), denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitar una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo postal o fax:

Dirección:

OneCare
Pharmacy Management Appeals
505 City Parkway West
Orange, CA 92868

Número de fax:

1-858-357-2588

También puede solicitar una apelación a través de nuestro sitio web, www.caloptima.org/onecare.

Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden hacerse por teléfono llamando al **1-877-412-2734** (TTY **711**).

Quién puede presentar una solicitud: El proveedor recetante puede solicitar una apelación en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante.

Información del miembro

Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del miembro _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación del miembro _____

Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona que hace esta solicitud no es el miembro:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el miembro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación sobre la representación para solicitudes de apelación hechas por una persona que no es el miembro ni el proveedor recetante del miembro:

Adjunte la documentación que muestre la autorización para representar al miembro (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un documento equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-MEDICARE.

Medicamento recetado que está solicitando:

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

¿Ha comprado el medicamento que está apelando? sí no

Si la respuesta es “sí”:

Fecha en que lo compró: _____ Monto pagado: \$ _____ (adjunte una copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información del proveedor recetante

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio _____

Aviso importante: decisiones aceleradas

Si usted o el proveedor recetante considera que esperar 7 días por una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el proveedor recetante indica que esperar 7 días podría dañar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 72 horas. Si usted no obtiene el respaldo del proveedor recetante para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere de una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si está pidiendo que paguemos por un medicamento que 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 recetante, adjúntela a esta solicitud).

Explique sus motivos para la apelación. Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que crea que pueda ayudar a su caso, como una declaración de su proveedor recetante y los registros médicos pertinentes. Repase la explicación que le proporcionamos en el Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pídale a su proveedor recetante que tenga en cuenta los criterios de cobertura del plan, si están disponibles, como se indican en la carta de denegación del plan o en otros documentos del plan. Se necesitará la opinión de su proveedor recetante para explicar la razón por la cual usted no puede cumplir con los criterios de cobertura del plan y/o la razón por la cual los medicamentos que requiere el plan no son médicamente adecuados para usted.

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

_____ Fecha: _____

OneCare (HMO SNP) es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en OneCare depende de la renovación del contrato. OneCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

English: ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. This call is free.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí.