

Los planes de Parte D deben incluir este formulario de Solicitud para Reconsideración con cada Notificación de Redeterminación adversa y deben completar la siguiente información que identifica al plan:

Nombre del Plan: MCS Classicare

ID del Contrato:

ID del Formulario:

ID del Plan: H5577

Solicitud para Reconsideración de Denegación de Medicamentos Recetados de Medicare

Como su plan de Medicamentos de Medicare mantuvo su decisión inicial de denegar la cubierta de, o el pago para, un medicamento recetado que usted solicitó, o mantuvo su decisión relacionada a una determinación de riesgo bajo su programa de manejo de medicamentos, tiene derecho de solicitar a una revisión independiente de la decisión de su plan. **Puede usar este formulario para solicitar una revisión independiente de la decisión de su plan de medicamentos.** Usted tiene 60 días a partir de la fecha de la Notificación de Redeterminación del plan para solicitar una revisión independiente. Puede someter su solicitud de revisión independiente electrónicamente a la dirección del portal del QIC de Parte D que aparece abajo, o puede completar este formulario y enviarlo por correo postal o por fax a:

Correo Regular:

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

Mensajero o Correo Rastreado (ej. FedEx o UPS):

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

Fax Libre de Costo: (833) 710-0580

Dirección del Portal en la Web: <https://www.c2cinc.com//Appellant-Signup>

Nota sobre Representantes: Su médico puede someter una solicitud de reconsideración a su nombre sin ser nombrado como representante. Si desea que otro individuo, como un familiar o un amigo, solicite la revisión independiente por usted, ese individuo tiene que ser nombrado como su representante.

Información del Afiliado:

Nombre del Afiliado: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: (_____) _____

Número Identificador de Beneficiario de Medicare _____
(De la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)

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

Nombre de Plan Actual de Medicamentos de Parte D: _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado o el médico del

afiliado (asegúrese de incluir documentación que demuestre la autoridad de la persona para representar al afiliado para propósito de esta solicitud):

Nombre del Representante _____

Relación del Representante con el Afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono () _____

Medicamento recetado para el cual solicitó cubierta a su plan:

Documentación de representación para solicitud de apelación realizada por otra persona que no es el afiliado o su médico:

Incluya documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un formulario CMS-1696 completado o un equivalente por escrito) si no fue sometido durante el nivel de determinación de cubierta o redeterminación. Un médico puede solicitar una apelación en nombre del afiliado sin ser nombrado como representante.

Información del Médico que Receta u Otro Médico:

Nombre del Médico: _____

Dirección de la oficina: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono de la oficina: () _____

Fax de la oficina: () _____

Persona contacto en la oficina: _____

Decisiones Expeditas

Si usted o su médico entienden que esperar por una decisión estándar (que se brindará dentro de 7 días) podría afectar seriamente su vida, salud o habilidad para recuperar su máxima funcionalidad, puede solicitar una decisión expedita (rápida). Si su médico indica que esperar 7 días podría afectar seriamente su vida, su salud o su habilidad para recuperar su máxima funcionalidad, la organización de revisión independiente le dará una decisión dentro de 72 horas automáticamente. Este periodo de tiempo podría extenderse por hasta 14 días calendarios si su caso es sobre una solicitud de excepción y no hemos recibido la declaración de apoyo de parte de su médico para sustentar su solicitud, O la persona actuando por usted somete la solicitud de apelación pero no incluye la documentación apropiada de representación. Si usted no obtiene el apoyo de su médico para una apelación expedita, la organización de revisión independiente determinará si su condición de salud requiere una decisión rápida

Marque este encasillado si entiende que necesita una decisión dentro de 72 horas (si tiene una declaración de apoyo de su médico, favor incluirla junto a esta solicitud)

Por favor incluya cualquier información adicional que tenga relacionada a su apelación como una declaración de su médico y expedientes médicos relevantes. Favor solicitar a su médico que revise los criterios de cubierta del plan indicados en la carta de denegación o en otros documentos del plan. Se necesitará información de parte de su médico para explicar por qué usted no puede cumplir con los criterios de cubierta del plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son medicamente apropiados para usted.

Información adicional que debemos considerar:

Importante: Favor incluir una copia de la Notificación de Redeterminación (denegación) que debió recibir de su plan de medicamentos, si la tiene disponible.

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

_____ **Fecha:** _____

MCS Classicare es un plan OSS suscrito por MCS Advantage, Inc.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182).

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 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182)。

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.

H5577_1353S0221_C