

## 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 65 días a partir de la fecha de la Notificación de Redeterminación del plan para solicitar una revisión independiente. Complete este formulario y envíelo por correo, fax o transmítalo a:

**Correo Regular (United States Postal Service (USPS)):**  
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 1110  
Jacksonville, FL 32202

**Apelación Estándar:**  
Fax Libre de Costo:  
(833) 710-0580  
**Apelación Expedita:**  
Fax Libre de Costo:  
(833) 710-0579

**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: \_\_\_\_\_ Número de Plan \_\_\_\_\_

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud <sup>(p.ej.,</sup> ~~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 medicamento 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:** \_\_\_\_\_

## Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-627-8183. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-627-8183. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-627-8183。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-627-8183。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-627-8183. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-627-8183. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-627-8183 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-627-8183. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-627-8183번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-627-8183. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-627-8183. سيقوم شخص ما بتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे । या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी पर के जवाब देने के लिए हमारे पास मु दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया पर करने के लिए, बस हमें 1-866-627-8183 पर फोन करें. कोई जो हिंदी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मु सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-627-8183. Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-627-8183. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-627-8183. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-627-8183. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-627-8183にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。