



## **Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare**

Debido a que nosotros, CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare-Medi-Cal Plan, denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 65 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:**  
**CalOptima Health OneCare Complete**  
**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 en [www.caloptima.org/onecare](http://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 afiliado**

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del afiliado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de identificación del afiliado \_\_\_\_\_

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

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Relación del solicitante con el afiliado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

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

**Adjunte la documentación que muestre la autorización para representar al afiliado (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 solicitando la apelación (el afiliado o el representante):**

\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, es una organización de Medicare Advantage con contratos de Medicare y Medi-Cal. La inscripción en CalOptima Health OneCare depende de la renovación de los contratos. CalOptima Health OneCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Visítenos en **[www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare)**.

Anexos:

- Aviso de disponibilidad y Aviso de no discriminación