



Solicitud de redeterminación de la denegación de medicamentos recetados de Medicare

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, denegó su solicitud de cobertura (o pago) para _____. Usted tiene derecho a solicitar una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Use este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días posteriores a la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en www.caloptima.org/onecare.
- Las solicitudes de apelación acelerada (rápida) se pueden realizar por teléfono al **1-877-412-2734 (TTY 711)**.

El proveedor que receta el medicamento puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Llámenos al **1-877-412-2734 (TTY 711)** para saber cómo designar a un representante.

Información del miembro del plan

Nombre del miembro: _____

Número de identificación del miembro: _____

Fecha de nacimiento (MES/DÍA/AÑO): _____

Dirección postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Medicamento recetado e información del proveedor que receta el medicamento

Nombre del medicamento que solicitó: _____

Concentración/cantidad/dosis: _____

Nombre del proveedor que receta el medicamento: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono del consultorio: _____ Fax del consultorio: _____

Persona de contacto en el consultorio: _____

¿Ya compró este medicamento? Sí No

Si la respuesta es SÍ:

Fecha de compra: _____ Monto pagado: _____ (adjuntar copia del recibo)

Nombre de la farmacia: _____

Teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión rápida?

Marque esta casilla si cree que necesita una decisión en un plazo de 72 horas. Si tiene una declaración de respaldo de parte del proveedor que receta el medicamento, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o el proveedor que receta el medicamento consideran que esperar 7 días para una decisión estándar podría poner en grave peligro su vida, salud o capacidad para recuperar su máxima funcionalidad, puede solicitar una decisión rápida.
- Si el proveedor que receta el medicamento indica que esperar 7 días podría poner en grave peligro su salud, le daremos una decisión automáticamente en un plazo de 72 horas. No puede solicitar una apelación rápida si está solicitando que le reembolsemos por un medicamento que ya recibió.
- Si no obtiene el respaldo del proveedor que receta el medicamento para solicitar una apelación rápida, entonces decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

Explique por qué considera que debería cubrirse este medicamento

- Adjunte cualquier información adicional que considere útil para su caso, como la declaración del proveedor que receta el medicamento o los expedientes médicos.
- Incluya una copia del Aviso de denegación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- El proveedor que receta el medicamento deberá explicar por qué no puede cumplir con las normas cobertura de nuestro plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son adecuados por razones médicas para usted.
- Otra información que debemos tener en cuenta: _____

Información del representante

Complete esta sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el miembro o el proveedor que receta el medicamento. Debe adjuntar la documentación que demuestre que la persona está autorizada para representar al miembro (Formulario CMS-1696 completado o un documento equivalente) si dicha documentación no se envió al nivel de la determinación. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con nosotros al **1-877-412-2734 (TTY 711)**.

Nombre del representante: _____

Parentesco con el miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

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

Firma: _____

Fecha: _____

Envíe por fax o correo postal su formulario completado y cualquier información de respaldo a:

Dirección:

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

Número de fax:

1-858-357-2588

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**.

Anexos:

- Aviso de disponibilidad y Aviso de no discriminación