Clover Health

Nombre del Plan: Clover Health Value (HMO)
ID del Formulario: 00021262

ID del Contrato: H8010
ID del Plan: 003

Solicitud de reconsideración de rechazo de medicamento recetado de Medicare

Puesto que su plan de medicamentos de Medicare ha sostenido su decisión inicial de negar cobertura o el pago de un medicamento solicitado por usted, usted tiene el derecho de solicitar una revisión independiente de la decisión del plan. **Usted puede usar este formulario para solicitar una revisión independiente de la decisión del plan sobre su medicamento**. Usted tiene 60 días a partir de la fecha del Aviso de Redeterminación del plan para solicitar una revisión independiente. Puede presentar su solicitud de revisión electrónicamente a la dirección del Portal QIC de la Parte D más abajo, o puede llenar este formulario y enviarlo por correo o por fax a:

Correo ordinario:

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

Courier o correo con seguimiento (por ejemplo, FedEx o UPS):

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

Fax - Apelaciones estándar: (833) 710-0580
Fax - Apelaciones sin demora: (833) 710-0579

Dirección Web del Portal: https://www.c2cinc.com//Appellant-Signup

Nota sobre los Representantes: Su médico puede presentar una solicitud de reconsideración en nombre de usted sin ser un representante designado. Si desea que otra persona, tal como un familiar o un amigo, solicite una revisión independiente, esa persona debe estar designada como su representante.

Información del miembro:

Nombre del miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____

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

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

Nombre del plan actual de medicamentos de la Parte D: _____

Llene la siguiente sección SÓLO si la persona que presenta esta solicitud no es el miembro o el médico del miembro (asegúrese de adjuntar documentación que muestre la autoridad de la persona de representar al miembro para propósitos de esta solicitud):

Nombre del representante _____

Relación del representante con el miembro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (_____) _____

Medicamento recetado que usted solicitó al plan que cubriera:

_____

_____

La documentación de representación para solicitudes de apelación deben hacerse por alguien que no sea el miembro ni el médico:

Adjunte la documentación que muestra la autoridad de representar al miembro (un Formulario CMS-1696 completo o un equivalente escrito) si no fue presentado al nivel de la determinación o redeterminación de cobertura. Un médico u otro profesional de salud pueden solicitar una apelación en nombre de un miembro sin ser un representante autorizado.

Información del médico o profesional de salud que emite la receta:

Nombre del médico:_____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono del consultorio: (_____) _____

Fax del consultorio: (_____) _____

Persona de contacto del consultorio: _____

Decisiones sin demora

Si usted o su médico u otro profesional de salud creen que el esperar una decisión estándar (emitida en 7 días) podría poner en serio peligro su vida, su salud o su capacidad de recobrar sus funciones, puede solicitar una decisión sin demora (rápida). Si su médico u otro profesional de salud indican que el esperar 7 días podría poner en serio peligro su vida, su salud o su capacidad de recobrar sus funciones, la organización de revisión independiente automáticamente le dará una decisión dentro de las siguientes 72 horas. Este plazo podría extenderse por hasta 14 días calendario si su caso tiene que ver con una excepción y no hemos recibido la declaración de soporte de su médico o profesional de salud en apoyo a la solicitud, O si la persona que actúa en nombre de usted presenta una solicitud de apelación, pero no presenta la documentación apropiada de representación. Si no recibe el apoyo de su médico ni el apoyo de otro profesional de salud para una apelación sin demora, la organización de revisión independiente decidirá si su condición de salud requiere de una decisión rápida.

☐ Marque esta casilla si cree que necesita una decisión dentro de las siguientes 72 horas (si tiene una declaración de soporte de su médico o de otro profesional que, adjúntela a esta solicitud).

Adjunte cualquier información adicional que tenga relacionada con su apelación, tal como una declaración de su médico o de otro profesional de salud, y cualquier expediente médico relevante.
Pídale a su médico que aborde los criterios de cobertura del Plan como se indica en la carta de denegación del Plan o en otros documentos del Plan. Se necesitará la opinión de su médico para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el Plan no son médicamente apropiados para usted.
Información adicional que deberíamos tomar en cuenta: _____
_____
_____

Importante: Incluya una copia del Aviso de Redeterminación (rechazo) que recibió de su plan de medicamentos, si hay una disponible.

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

_____ **Fecha:** _____