

## Solicitud de redeterminación de denegación de cobertura para medicamentos con receta de Medicare

Debido a que Elderplan FIDA Total Care negó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento con receta, usted tiene el derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura para medicamentos con receta de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Nos puede enviar este formulario por correo o fax:

Elderplan FIDA Total Care  
C/o CVS Caremark  
P.O. Box 52000, MC109  
Phoenix, AZ 85075-2000  
Número de fax: 1-855-633-7673

También puede solicitar una apelación en nuestro sitio web en [www.elderplanfida.org](http://www.elderplanfida.org). Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden realizarse llamando al: 1-866-443-0935.

**Quién puede solicitar una determinación:** la persona autorizada a dar recetas puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un miembro de la familia o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Para obtener información sobre cómo nombrar a un representante, póngase en contacto con nosotros.

### Información del inscrito

Nombre del inscrito \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del inscrito \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de identificación del plan del inscrito \_\_\_\_\_

### Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza la solicitud no es el inscrito:

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

Relación del solicitante con el inscrito \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_

### Documentación de representación para las solicitudes de apelación realizadas por una persona

**que no sea el inscrito ni la persona autorizada a dar recetas del inscrito:**

**Adjunte la documentación que certifique la autorización para representar al inscrito (un Formulario CMS-1696 de Autorización para representación completo 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, póngase en contacto con su plan o llame al 1-800-Medicare.**

**Medicamento con receta que solicita:**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Concentración/cantidad/dosis: \_\_\_\_\_

¿Compró el medicamento cuya apelación está pendiente?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Monto pagado: \$ \_\_\_\_\_ (adjunte copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Información sobre la persona autorizada a dar recetas**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono del consultorio \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Persona de contacto del consultorio \_\_\_\_\_

**Nota importante: Decisiones aceleradas**

Si usted o la persona autorizada a dar recetas creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, pueden solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona autorizada a dar recetas indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente tomaremos una decisión dentro de las 72 horas. Si no obtiene el respaldo de la persona autorizada a dar recetas para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si pide un reembolso para un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 72 HORAS. Si tiene una declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas, adjúntela a esta solicitud.**

**Explique las razones de la apelación.** Adjunte páginas adicionales, si fuera necesario. Adjunte toda la información adicional que crea que puede ayudar con su caso, como una declaración de la

persona autorizada a dar recetas y registros médicos relevantes. Quizás desee consultar la explicación que proporcionamos en el Aviso de denegación de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

---

---

---

---

**Firma de la persona que solicita la apelación (el inscrito, la persona autorizada a dar recetas o el representante del inscrito):**

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

Elderplan FIDA Total Care es un plan de atención administrada que tiene un contrato con Medicare y el Departamento de Salud del estado de New York (Medicaid) para brindar los beneficios de ambos programas a los participantes a través de la demostración del programa Fully Integrated Duals Advantage (FIDA).

Esta no es una lista completa. La información sobre beneficios es un resumen breve, no una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, póngase en contacto con el plan o lea el Manual para los participantes.

Se pueden aplicar limitaciones y restricciones. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios para participantes de Elderplan FIDA Total Care o lea el Manual para los participantes de Elderplan FIDA Total Care. Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

La Lista de medicamentos cubiertos y las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de que implementemos un cambio que le afecte.

ATTENTION: If you speak a non-English language or require assistance in ASL, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Chinese) 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 1-800-353-3765 (TTY: 711)。

(Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-353-3765 (телетайп: 711).

(French Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-353-3765 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

(Italian) ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Yiddish) אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט

.1-800-353-3765 (TTY: 711)

(Bengali) লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-800-353-3765 (TTY: 711)।

(Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية أو تحتاج إلى مساعدة في ASL، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك مجاناً. اتصل برقم 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-353-3765 (ATS: 711).

(Urdu) خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-353-3765 (TTY: 711)۔

(Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Greek) ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-353-3765 (TTY: 711).

(Albanian) KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-353-3765 (TTY: 711).