



Solicitud para redeterminación de la denegación de medicamentos recetados de Medicare

Debido a que nosotros, GlobalHealth, denegamos su solicitud de cobertura (o de pago) de un medicamento recetado, tiene derecho a solicitar una redeterminación (apelación) de nuestra determinación. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestra Notificación de denegación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitar una redeterminación. Este formulario se puede enviar por correo o fax:

Dirección:
CVS Caremark Appeals Dept.
MC109
PO Box 52000
Phoenix AZ 85072-2000

Número de fax: 1-855-633-7673

También puede solicitar una apelación a través de nuestro sitio web www.GlobalHealth.com. Las solicitudes de apelación acelerada pueden realizarse por teléfono.

Los miembros de Oklahoma pueden llamar al: (1-866-494-3927) (TTY: 711)

Quién puede hacer una solicitud: Es posible que su recetador solicite una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) solicite una apelación para usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener 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 ID de miembro del afiliado: _____

Llene la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para las solicitudes de apelación presentadas por alguien que no es el afiliado ni el recetador del afiliado:

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario de Autorización para Representación CMS-1696 completamente lleno o un equivalente por escrito) si no se envió a nivel de determinación de la cobertura.

Para obtener más información acerca de la designación de un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.

Medicamento recetado que solicita:

Nombre del medicamento: _____ Concentración/cantidad/dosis: _____

¿Ha comprado el medicamento pendiente de apelación? Sí No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de compra: _____ Cantidad pagada: \$ _____ (adjunte una copia del recibo)

Nombre y número telefónico de la farmacia: _____

Información del Recetador

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de Contacto del Consultorio _____

Nota importante: Determinaciones aceleradas

Si usted o su recetador consideran que la espera de 7 días para una determinación estándar podría perjudicar seriamente su vida, su salud o su capacidad de recuperar la función máxima, puede solicitar una determinación acelerada (rápida). Si su recetador indica que la espera de 7 días podría perjudicar seriamente su salud, le daremos automáticamente una determinación dentro de un plazo de 72 horas. Si no tiene el apoyo de su recetador para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una determinación rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si solicita un reembolso por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DETERMINACIÓN DENTRO DE UN PLAZO DE 72 HORAS (si tiene una declaración de apoyo de su recetador, adjúntela a esta solicitud).

Explique los motivos de su apelación. Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que considere que pueda ayudar a su caso, como una declaración de su recetador y la historia clínica correspondiente. Recomendamos enviar la explicación que proporcionamos en la Notificación de Denegación de la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare y hacer que su recetador aborde los criterios de cobertura del Plan, si están disponibles, según lo indicado en la carta de denegación del Plan o en otros documentos del Plan. Los comentarios de su recetador serán necesarios para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan o por qué los medicamentos que requiere el Plan no son médicamente apropiados para usted.

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

Fecha: _____

GlobalHealth es un plan HMO/SNP HMO que tiene un contrato con Medicare y un contrato estatal de Medicaid para un Plan para Necesidades Especiales de Doble Elegibilidad (D-SNP). La inscripción en GlobalHealth depende de la renovación del contrato.

Aviso de confidencialidad: Esta comunicación es privilegiada y confidencial, o contiene información de salud protegida (PHI/ePHI) (electrónicamente), y puede estar sujeta a protección legal, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Esta comunicación está destinada al uso exclusivo de la persona o entidad a quien va dirigida. Si usted no es el

destinatario previsto, tenga en cuenta que cualquier uso, divulgación, distribución, copia o acción realizada basándose en el contenido de esta comunicación está estrictamente prohibido. Si ha recibido esta información por error, notifique al remitente de inmediato y coordine su devolución.

Anexo en múltiples idiomas

Servicios de intérprete en varios idiomas

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 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711). 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 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711). 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 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711)。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 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711)。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 pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711). 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 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711). 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 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711) 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 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711)번으로 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 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية **Arabic**: لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية، لدينا للحصول على مترجم فوري (toll-free) (TTY: 711) ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-280-5555 شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية). 711 سيقوم

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त 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 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi 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 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711). 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 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711). 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 1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711). 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、1-844-280-5555 (toll-free) (TTY: 711) 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。