



Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare

Florida Complete Care denegó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado. Tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Use este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días posteriores a partir de 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 <https://fc2healthplan.com/prescription-drug-coverage/>.
- Las solicitudes de apelación acelerada se pueden realizar por teléfono al 844-740-0625.

El médico que emite su receta puede solicitarnos 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 844-740-0625 para saber cómo nombrar a un representante.

Información del miembro del plan

Nombre del miembro: _____

Número de identificación de miembro: _____

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

Dirección postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Información sobre medicamentos recetados y el médico que emite la receta

Nombre del medicamento que solicitó: _____

Concentración/cantidad/dosis: _____

Nombre del médico que emite la receta: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono del consultorio: _____ Fax del consultorio: _____

Persona de contacto del consultorio: _____

¿Ya compró este medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "SÍ":

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

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?

- ☐ ☐ Marque esta casilla si cree que necesita una decisión dentro de las próximas 72 horas. Si tiene una declaración de respaldo del médico que emite la receta, adjúntela a esta solicitud.
- Si usted o el médico que emite la receta consideran que esperar 7 días para obtener una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida).
 - Si el médico que emite la receta indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le daremos una decisión automáticamente en un plazo de 72 horas. No puede solicitar una apelación acelerada si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.
 - Si no obtiene el respaldo del médico que emite la receta para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debe estar cubierto

- Adjunte cualquier información adicional que crea que puede contribuir a su caso, como una declaración del médico que emite la receta o registros médicos.
- Incluya una copia del aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- El médico que emite su receta deberá explicar por qué no puede cumplir con las normas de cobertura de nuestro plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente adecuados para usted.
- Otra información que debemos considerar: _____

Información del representante

Complete esta sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es el miembro o el médico que emite la receta del miembro. Debe adjuntar documentación en la que se demuestre la autoridad para representar al miembro (como un formulario de autorización de representación CMS-1696 cumplimentado o un documento escrito equivalente) si no se presentó en los niveles de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, llámenos al 844-740-0625.

Nombre del representante: _____

Relación con el miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (el miembro, el médico que emite la receta o el representante):

Firma: _____

Fecha: _____

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

Dirección:

Judi Rx
Attention Appeals Department
9450 SW Gemini Dr., #87234
Beaverton, OR 97008

Número de fax:

833-434-0563