



Solicitud de Redeterminación de la Denegación de la Cobertura de Medicamentos que Requieren Receta Médica de Medicare

Debido a que nosotros, IlliniCare Health – MMAI (Medicare-Medicaid Plan), rechazamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento que requiere receta médica, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días desde la recepción del Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos que Requieren Receta Médica de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:
IlliniCare Health
Attention: Appeals and Grievances – Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd.
St. Louis, MO 63105

Número de Fax:
1-844-273-2671

También puede solicitarnos una apelación en nuestro sitio web en at.mmp.IlliniCare.com. Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden hacerse por teléfono llamando al 1-877-941-0482 (TTY: 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Se le devolverá la llamada dentro del siguiente día hábil.

Quién Puede Hacer una Solicitud: la persona que le receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o un amigo) solicite una apelación en su nombre, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo designar a un representante.

Información de la Persona Inscrita

Nombre de la persona inscrita _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de la Persona Inscrita _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Número de identificación de la persona inscrita _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace esta solicitud no es la persona inscrita:

Nombre del Solicitante _____

Relación del Solicitante con la Persona Inscrita _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para las solicitudes de apelación hechas por otra persona que no sea la persona inscrita o la persona que le receta:

Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar a la persona inscrita (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o un documento equivalente por escrito), si no se presentó en el nivel de determinación de la cobertura. Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Medicamento que requiere receta médica que usted está solicitando:

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

¿Ha comprado el medicamento cuya apelación está pendiente? Sí No

Si la respuesta es "Sí":

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

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información de la Persona que Receta

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Consultorio _____ Fax _____

Persona de Contacto en el Consultorio _____

Nota Importante: Decisiones Aceleradas

Si usted o la persona que le receta consideran que la espera de 7 días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar una función al máximo, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que le receta indica que la espera de 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 72 horas. Si no tiene el respaldo de la persona que le receta para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona que le recetó el medicamento, adjúntela a esta solicitud).

Explique los motivos de su apelación. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Adjunte toda información adicional que considere que puede ayudar con su caso, como una declaración de la persona que le receta y los expedientes médicos relevantes.

Recomendamos que se remita a la explicación que brindamos en el Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos que Requieren Receta Médica de Medicare y que le pida a la persona que le receta que aborde los criterios de cobertura del Plan, si se encuentran disponibles, como se establecen en la carta de denegación del Plan o en los otros documentos del Plan. Los aportes de la persona que le receta serán necesarios para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan y/o por qué los medicamentos que el Plan requiere no son médicamente adecuados para usted.

Firma de la persona que solicita la apelación (la persona inscrita o su representante):_____
Fecha: _____

IlliniCare Health -MMAI (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Illinois para proporcionar beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-941-0482 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-877-941-0482 (TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada durante el próximo día hábil. La llamada es gratis.

Notice of Non-Discrimination. IlliniCare Health - MMAI (Medicare-Medicaid Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. IlliniCare Health does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

IlliniCare Health: → Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, accessible electronic formats, other formats).
→ Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact IlliniCare Health's Member Services at 1-877-941-0482 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day.

If you believe that IlliniCare Health has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; IlliniCare Health's Member Services is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Language Services

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-941-0482 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-941-0482 (TTY: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-941-0482 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請電1-877-941-0482 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-941-0482 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-941-0482 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-941-0482 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-941-0482 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-941-0482 (TTY: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-941-0482 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-941-0482 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-941-0482 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-941-0482 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-941-0482 (ATS: 711).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-877-941-0482 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-941-0482 (TTY: 711).