

# Clover Health

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

Debido a que nosotros, Clover Health, denegamos su solicitud de cobertura (o de pago) de un medicamento con receta, usted tiene derecho a solicitar una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha que figura en nuestro aviso de denegación de medicamentos con receta de Medicare para solicitar una redeterminación.

<b>Envíe este formulario por correo postal o fax:</b>	<b>Quiénes pueden realizar una solicitud:</b> La persona que emite las recetas puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar a un representante. <b>Presente una apelación a través de nuestro sitio web:</b> <a href="http://www.cloverhealth.com">www.cloverhealth.com</a> <b>Llame para solicitar una apelación acelerada:</b> (855) 479-3657
<b>Dirección:</b> CVS Caremark Part D MC109; P.O. Box 52000 Phoenix, AZ 85072-2000 <b>Núm. de fax:</b> (855) 633-7673	

<b>Información del afiliado:</b>		
Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono: (____) ____ - ____	Fecha de nacimiento:	
Núm. de ident. del plan del afiliado:		

<b>Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es la afiliado:</b>		
Nombre del solicitante:		
Relación con la persona afiliada:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono: (____) ____ - ____		
Documentación de representación para las solicitudes de apelaciones realizadas por alguien que no es el afiliado o quien emite las recetas del afiliado: adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completo o equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información acerca de la designación de un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.		

<b>Medicamento con receta que solicita:</b>		
Nombre del medicamento:	Concentración/Cantidad/Dosis:	
¿Ha adquirido el medicamento pendiente de apelación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>Si la respuesta es “Sí”, proporcione la siguiente información:</b>		
Fecha de compra:	Cantidad pagada: \$ (adjunte copia del recibo)	
Farmacia:	Teléfono de la farmacia:	

<b>Información de la persona que emite la receta:</b>		
Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono del consultorio:	Fax:	
Persona de contacto en el consultorio:		

<b>Nota importante: decisiones aceleradas</b>
<p>Si usted o la persona que emite la receta considera que esperar 7 días para que se tome una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar completamente sus funciones, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que emite recetas indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le proporcionaremos automáticamente una decisión dentro de 72 horas. Si no consigue el respaldo de la persona que emite recetas para solicitar una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos solicita el reintegro del pago de un medicamento que ya ha recibido.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS PRÓXIMAS 72 HORAS.</b></p>
<b>Si tiene una declaración de respaldo de la persona que emite recetas, adjúntela a esta solicitud.</b>
<p><b>Explique los motivos de su apelación.</b> Adjunte páginas adicionales si es necesario. Adjunte toda la información adicional que considere que puede ayudar en su caso, como una declaración de la persona que emite recetas y registros médicos relevantes. Usted puede consultar la explicación que proporcionamos en el aviso de denegación de cobertura para medicamentos con receta de Medicare que le enviamos.</p>

<b>Firma de la persona que solicita la apelación:</b> (el afiliado, su representante o quien emite las recetas del afiliado):	<b>Fecha:</b>
--	---------------