



## **Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare**

Debido a que nosotros, OneCare Connect Cal MediConnect plan (Medicare-Medicaid Plan), denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitar una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo postal o fax:

**Dirección:**

OneCare Connect  
Pharmacy Management Appeals  
505 City Parkway West  
Orange, CA 92868

**Número de fax:**

**1-858-357-2588**

También puede solicitar una apelación a través de nuestro sitio web, [www.caloptima.org/onecareconnect](http://www.caloptima.org/onecareconnect).

Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden hacerse por teléfono llamando al **1-855-705-8823** (TTY 711).

**Quién puede presentar una solicitud:** El proveedor recetante puede solicitar una apelación en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante.

**Información del miembro**

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del miembro \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de identificación del miembro \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE si la persona que hace esta solicitud no es el miembro:**

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

Relación del solicitante con el miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_

**Documentación sobre la representación para solicitudes de apelación hechas por una persona que no es el miembro ni el proveedor recetante del miembro:**

**Adjunte la documentación que muestre la autorización para representar al miembro (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 cobertura. Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-MEDICARE.**

**Medicamento recetado que está solicitando:**

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

¿Ha comprado el medicamento que está apelando?  sí  no

Si la respuesta es “sí”:

Fecha en que lo compró: \_\_\_\_\_ Monto pagado: \$ \_\_\_\_\_ (adjunte una copia del recibo)

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

**Información del proveedor recetante**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

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

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

**Aviso importante: decisiones aceleradas**

Si usted o el proveedor recetante considera que esperar 7 días por una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el proveedor recetante indica que esperar 7 días podría dañar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 72 horas. Si usted no obtiene el respaldo del proveedor recetante para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere de una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si está pidiendo que paguemos por un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo del proveedor recetante, adjúntela a esta solicitud).**

**Explique sus motivos para la apelación.** Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que crea que pueda ayudar a su caso, como una declaración de su proveedor recetante y los registros médicos pertinentes. Repase la explicación que le proporcionamos en el Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pídale a su proveedor recetante que tenga en cuenta los criterios de cobertura del plan, si están disponibles, como se indican en la carta de denegación del plan o en otros documentos del plan. Se necesitará la opinión de su proveedor recetante para explicar la razón por la cual usted no puede cumplir con los criterios de cobertura del plan y/o la razón por la cual los medicamentos que requiere el plan no son médicamente adecuados para usted.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

OneCare Connect Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para ofrecer los beneficios de ambos programas a sus afiliados. OneCare Connect cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Llame al Departamento de Servicios para Miembros de OneCare Connect gratuitamente al **1-855-705-8823** (TTY <711>), las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

**English:** ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-855-705-8823 (TTY 711)**, 24 hours a day, 7 days a week. This call is free.

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-705-8823 (TTY 711)**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

**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 **1-855-705-8823 (TTY 711)**。一周7天，一天24小時。此通話免費。

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-855-705-8823 (TTY 711)**, 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí.

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-855-705-8823 (TTY 711)**, 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Libre ang tawag na ito.

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 주 7일, 하루 24시간 운영되는 **1-855-705-8823 (TTY 711)** 번으로 전화해 주십시오. 통화는 무료입니다.

**Armenian:** ՈՒՇԱԳԻՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող եմ տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք **1-855-705-8823 (TTY (հեռախոս)՝ 711)**:

**Farsi:**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. لطفاً طی 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره **1-855-705-8823 (TTY 711)** تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-855-705-8823 (линия TTY 711)**, 24 часа, 7 дней в неделю. Звонок бесплатный.

**Japanese:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-855-705-8823 (TTY 711)**まで、お電話にてご連絡ください。24時間年中無休のフリーダイヤルです。

**Arabic:**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث بلغة أخرى غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل على الرقم **1-855-705-8823** وعلى **(TTY 711)**، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمات مجانية.

**Punjabi:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ **1-855-705-8823 (TTY 711)** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੈ।

**Cambodian:** សំខាន់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺមានសម្រាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-855-705-8823 (TTY 711)** 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

**Hmong:** LUS QHIA: Yog tias koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Hu rau **1-855-705-8823 (TTY 711)** 24 teev tuaj ib hnuv, 7 hnuv tuaj ib lub lim tiam. Hu tau tus xovtooj no dawb xwb.

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन, **1-855-705-8823 (TTY 711)** पर कॉल करें। यह कॉल मुफ्त है।

**Thai:** โปรดทราบ: หากคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทรฟรี **1-855-705-8823 (TTY 711)** ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์.

**Lao:** ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທລະສັບ **1-855-705-8823 (TTY 711)**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ມື້ຕໍ່ອາທິດ.