



Nombre del plan: West Virginia Senior Advantage, Inc.

Identificación de contrato: H9153

Identificación del formulario: 00021298

Identificación del plan: 001

Solicitud de Reconsideración de la Denegación de Medicamentos Recetados de Medicare

Debido a que su plan de medicamentos de Medicare ha mantenido su decisión inicial de negar la cobertura o el pago de un medicamento recetado que solicitó, o ha confirmado su decisión con respecto a una determinación de riesgo hecha bajo su programa de administración de medicamentos, usted tiene derecho a solicitar una revisión independiente de la decisión del plan. **Puede utilizar este formulario para solicitar una revisión independiente de la decisión de su plan de medicamentos.** Tiene 60 días a partir de la fecha del Aviso de redeterminación del plan para solicitar una revisión independiente. Puede enviar su solicitud de revisión independiente electrónicamente a la dirección del Portal Contratista independiente calificado (QIC) de la Parte D que aparece a continuación, o puede completar este formulario y enviarlo por correo o fax a:

Correo estándar:

C2C Innovative Solutions, Inc.
Part D Drug Reconsiderations
P.O. Box 44166
Jacksonville, FL 32231-4166

Mensajería o correo con seguimiento

(por ejemplo, FedEx o UPS):
C2C Innovative Solutions, Inc.
Part D Drug Reconsiderations
301 W. Bay St., Suite 600
Jacksonville, FL 32202

Fax sin costo: (833) 710-0580

Dirección del portal web: <https://www.c2cinc.com/Appellant-Signup>

Nota sobre representantes: Su médico puede presentar una solicitud de reconsideración a nombre de usted sin haber sido designado como su representante. Si usted desea que otra persona, como un familiar o amigo, solicite una revisión independiente a nombre de usted, esa persona tiene que ser nombrada como su representante.

Información del afiliado:

Nombre del afiliado: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código zip: _____

Teléfono: (_____) _____

Número de Medicare: _____

Soluciones Innovadoras C2C, Incorporadas
Proyecto de reconsideración de Contratista independiente calificado (QIC) de la Parte D de Medicare

(De la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare)

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

Nombre actual del plan de medicamentos de Parte D: _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que está haciendo esta solicitud no es el afiliado o el médico del afiliado (asegúrese de adjuntar documentación que acredite la autoridad de la persona para representar al afiliado para los fines de esta solicitud):

Nombre del representante _____

Relación del representante con el afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código zip _____

Teléfono (_____) _____

Medicamento recetado que usted pidió al plan que le cubriera:

Documentación de representación para la solicitud de apelación presentado por alguien que no es el afiliado ni el médico que recetó el medicamento:

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un formulario CMS-1696 completado o un equivalente escrito) si no se presentó cuando se pidió la determinación o redeterminación de cobertura. Un médico u otro recetador puede solicitar una apelación a nombre del afiliado sin haber sido nombrado como representante.

Información del médico que receta u otro profesional que receta:

Nombre del médico/profesional: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, Estado, Código zip: _____

Teléfono del consultorio: (_____) _____

Fax del consultorio: (_____) _____

Persona de contacto en el consultorio: _____

Decisiones expeditas

Si usted o su médico prescriptor u otro prescriptor considera que esperar una decisión estándar (que será proferida dentro de un plazo de 7 días) puede afectar seriamente su vida, su salud o su habilidad para recuperar al máximo sus funciones, usted puede solicitar una decisión expedita (rápida). Si su médico prescriptor u otro

Soluciones Innovadoras C2C, Incorporadas

Proyecto de reconsideración de Contratista independiente calificado (QIC) de la Parte D de Medicare

prescriptor indica que esperar 7 días puede perjudicar seriamente su vida, salud o habilidad para recobrar al máximo sus funciones, la organización le concederá automáticamente una decisión dentro de un plazo de 72 horas. Este plazo puede extenderse hasta por 14 días calendario si su caso involucra una solicitud de excepción y nosotros no hemos recibido una declaración de su médico prescriptor u otro prescriptor sustentando su solicitud, O la persona que está actuando por usted presentó una solicitud de apelación pero no remitió la documentación adecuada para acreditar su representación. Si usted no obtiene la declaración de su médico u otro prescriptor para sustentar una apelación expedita, la organización de revisión independiente decidirá si su condición de salud realmente requiere una decisión rápida.

Marque este cuadro si cree que necesita una decisión dentro de un plazo de 72 horas. (Si tiene una declaración de su médico u otro profesional de la salud que le recetó, adjúntela a esta solicitud.)

Adjunte cualquier otra información que tenga relacionada con su apelación, como la declaración de su médico que prescribe u otro prescriptor, y la parte de su historia médica relevante. Pídale a su médico que prescribe mencionar los criterios de cobertura de su plan según lo especificado en la carta de denegación del plan o en otros documentos del plan. Se necesita explicación por parte de su médico que prescribe la receta sobre porqué usted no puede cumplir con el criterio de cobertura del plan y porqué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.

Información adicional que nosotros debemos considerar: _____

Importante: Por favor incluya una copia de la Notificación de Redeterminación (denegación) que debe haber recibido del plan.

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

_____ **Fecha:** _____