Solicitud de redeterminación de rechazo de medicamentos recetados de Medicare

Wellcare With MHS Health Wisconsin rechazó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento con receta. 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 a partir de la fecha de nuestro Aviso de rechazo de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web, go.wellcare.com/WI.
- Las solicitudes de apelación urgentes se pueden realizar llamando a Servicios al Miembro al 1-844-796-6811 (TTY 711). Del 1.° de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1.° de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Hay un sistema de mensajería disponible después del horario de atención, los fines de semana y los feriados federales.

El profesional que expide recetas puede solicitar una apelación en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o un amigo) presente una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Llame a Servicios al Miembro al 1-844-796-6811 (TTY 711) para obtener información sobre cómo designar a un representante.

Información de la persona inscrita en el plan

Nombre de la persona inscrita: _____

Número de identificación (ID) de miembro:_____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Dirección de correo postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Información sobre medicamentos recetados y del profesional que expide recetas

Nombre del medicamento que solicitó:_____

Potencia/cantidad/dosis: _____

Nombre del profesional que expide 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: _____

N.° de teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?

☐ **Marque esta casilla si cree que necesita una decisión dentro de las 72 horas.** Si tiene una declaración de apoyo del profesional que expide recetas, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o el profesional que expide recetas consideran que esperar 7 días para obtener una decisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperar las funciones máximas, puede solicitar una decisión acelerada (rápida).
- Si el profesional que expide recetas indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente le daremos una decisión en un plazo de 72 horas. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide un reembolso por un medicamento que ya recibió.
- Si no obtiene el apoyo del profesional que expide recetas para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debería estar cubierto

- Adjunte cualquier información adicional que crea que puede ayudar en su caso, como una declaración del profesional que expide recetas o expedientes médicos.
- Incluya una copia del Aviso de rechazo de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- El profesional que expide recetas deberá explicarle por qué usted no puede cumplir con las reglas de cobertura de nuestro plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.
- Otra información que debemos tener en cuenta: _____

  _____

Información del representante

Complete esta sección ÚNICAMENTE si la persona que realiza esta solicitud no es la persona inscrita o el profesional que expide recetas a la persona inscrita. Debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar a la persona inscrita (como un formulario CMS-1696 completado o un documento impreso equivalente) si no la presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para más información sobre cómo designar a un representante, llame a Servicios al Miembro al 1-844-796-6811 (TTY 711).

Nombre del representante: _____

Relación con la persona inscrita:_____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (la persona inscrita, el profesional que expide recetas o su representante):

Firma: _____ **Fecha:** _____

Envíe por fax o por correo el formulario completo y cualquier información de respaldo a la siguiente dirección:

Dirección:	**Número de fax:**
Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383	1-866-388-1766