



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

Debido a que nosotros, Allwell, 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:
Allwell
Attn: Medicare Appeals & Grievances Dept.
P.O. Box 279410
Sacramento, CA 95827

Número de fax:
1-844-273-2671

También puede solicitarnos una apelación en nuestro sitio web en allwell.Azcompletehealth.com. Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden hacerse por teléfono llamando al 1-800-977-7522, TTY: 711.

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 al 1-800-Medicare.

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: _____



Section 1557 Non-Discrimination Language
Notice of Non-Discrimination

Allwell complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Allwell does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Allwell:

- 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, audio, 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 Allwell’s Member Services telephone number listed for your state on the Member Services Telephone Numbers by State Chart. From October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Allwell 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 in the chart below and telling them you need help filing a grievance; Allwell’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 (TTY: 1-800-537-7697).

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

Member Services Telephone Numbers by State Chart

State	Telephone Number and Plan Type
Arizona	1-800-977-7522 (HMO and HMO SNP) (TTY: 711)
Arkansas	1-855-565-9518 (TTY: 711)
Florida	1-877-935-8022 (TTY: 711)
Georgia	1-844-890-2326 (HMO); 1-877-725-7748 (HMO SNP) (TTY: 711)
Illinois	1-855-766-1736 (TTY: 711)
Indiana	1-855-766-1541 (HMO and PPO); 1-833-202-4704 (HMO SNP) (TTY: 711)
Kansas	1-855-565-9519 (HMO); 1-833-402-6707 (HMO SNP) (TTY: 711)
Louisiana	1-855-766-1572 (HMO); 1-833-541-0767 (HMO SNP) (TTY: 711)
Mississippi	1-844-786-7711 (HMO); 1-833-260-4124 (HMO SNP) (TTY: 711)
Missouri	1-855-766-1452 (HMO); 1-833-298-3361 (HMO SNP) (TTY: 711)
Nevada	1-833-854-4766 (TTY:711)
New Mexico	1-844-810-7965 (TTY: 711)
Ohio	1-855-766-1851 (HMO); 1-866-389-7690 (HMO SNP) (TTY: 711)
Pennsylvania	1-855-766-1456 (HMO); 1-866-330-9368 (HMO SNP) (TTY: 711)
South Carolina	1-855-766-1497 (TTY: 711)
Texas	1-844-796-6811 (HMO); 1-877-935-8023 (HMO SNP) (TTY: 711)
Wisconsin	1-833-981-0042 (HMO); 1-877-935-8024 (HMO SNP) (TTY: 711)

Section 1557 Non-Discrimination Language
Multi-Language Interpreter Services

ENGLISH: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the Member Services number listed for your state in the Member Services Telephone Number Chart.

SPANISH: ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al número del Departamento de Servicios al Afiliado que se enumera para su estado en la Ficha de Números de Teléfono del Departamento de Servicios al Afiliado.

CHINESE: 請注意: 如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥會員服務部電話號碼表所列的您所在州的會員服務部號碼。

VIETNAMESE: LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin vui lòng gọi số điện thoại phục vụ hội viên dành cho tiểu bang của quý vị trong Bảng số điện thoại dịch vụ hội viên.

FRENCH CREOLE (HAITIAN CREOLE): ATANSYON: Si w pale kreyòl ayisyen, ou ka resevwa sèvis gratis ki la pou ede w nan lang pa w. Rele nimewo sèvis manm pou eta kote w rete a. W ap jwenn li nan tablo nimewo telefòn sèvis manm yo.

KOREAN: 알림사항: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 받으실 수 있습니다. 가입자 서비스 전화번호 표에 있는 귀하의 주 가입자 서비스 안내번호로 전화하십시오.

FRENCH: ATTENTION : Si vous parlez français, un service d'aide linguistique vous est proposé gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone du Service aux membres spécifique à votre État qui se trouve dans le tableau de numéros de téléphone du Service aux membres.

ARABIC:

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. اتصل برقم خدمات الأعضاء المُدرج في لائحة رقم هاتف خدمات الأعضاء الخاص بالولاية المقيم فيها.

POLISH: UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług tłumaczeniowych. Zadzwoń pod numer działu obsługi klienta odpowiedni dla twojego stanu, dostępny w Wypisie numerów telefonu działu obsługi klienta.

RUSSIAN: ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите на русском языке, мы можем предложить Вам бесплатные услуги переводчика. Позвоните в Отдел обслуживания участников по указанному для Вашего штата номеру в телефонном справочнике Отдела обслуживания участников

GERMAN: ACHTUNG: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufen Sie bitte die für Ihren Bundesstaat zuständige Rufnummer des Mitgliederkundendienstes an, die im Telefonverzeichnis des Mitgliederkundendienstes angegeben ist.

TAGALOG: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may makukuha ka na mga libreng serbisyong pantulong sa wika. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyong ng Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa Tsart ng Numero ng mga Serbisyong ng Miyembro.

GUJARATI: સાવધાન: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો, ભાષા સહાય સેવાઓ, નિઃશુલ્ક, તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. સભ્ય સેવા ટેલેફોન નંબર ચાર્ટમાં તમારા રાજ્ય માટે સૂચવિદ્ધ સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો.

PORTUGUESE: ATENÇÃO: Se falar português, estão disponíveis, gratuitamente, serviços de assistência linguística. Ligue para o número dos Serviços aos Membros indicado para o seu estado na Tabela de números de telefone destes serviços.

ITALIAN: ATTENZIONE: se parla italiano, sono disponibili per Lei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Consulti la Tabella dei Numeri Telefonici dei Servizi per i Membri e chiami il numero dei Servizi per i Membri del Suo stato.

PENNSYLVANIAN DUTCH: Geb Acht: Wann du Deitsch schwetze kannscht, un Hilf in dei eegnj Schprooch brauchst, kannscht du es Koschdefrei griege. Ruf die Glieder Nummer von dei Staat, ass iss uff die Lisch an die Glieder Hilf Telefon Nummer Kaart.