



Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare

GlobalHealth Generations (HMO), rechazó su solicitud de cobertura de (o pago de) [nombre del medicamento recetado]. Tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Utilice este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en www.GlobalHealth.com.
- Las solicitudes de apelación acelerada se pueden realizar por teléfono al 866-494-3927, 24 horas al día, 7 días a la semana.

Su médico puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) presente una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Llámanos al 866-494-3927 para obtener información sobre cómo nombrar a un representante.

Información sobre el afiliado del plan

Nombre del afiliado: _____
Número de identificación de miembro: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____
Dirección de envío: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____
Teléfono: _____

Información sobre recetas y médicos que recetan

Nombre del medicamento que usted solicitó: _____
Concentración/cantidad/dosis: _____
Nombre del prescriptor: _____
Dirección del consultorio: _____
Ciudad, Estado, Código postal: _____
Teléfono del consultorio: _____ Fax del consultorio: _____
Persona de contacto del consultorio: _____

¿Ya compró este medicamento? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo:

Fecha de compra: _____ Monto pagado: _____ (adjuntar copia del recibo)

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

H3706_12081125_C

¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?

☐ **Marque esta casilla si cree que necesita una decisión dentro de 72 horas.** Si tiene una declaración de respaldo de su médico prescriptor, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o su médico creen que esperar 7 días para recibir una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad de recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida).
- Si su médico le indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 72 horas. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya recibió.
- Si no obtiene el apoyo de su médico 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 pueda ayudar a su caso, como una declaración de su médico o registros médicos.
- Incluya una copia del Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare
- Su médico deberá explicarle por qué no puede cumplir con las reglas de cobertura de nuestro plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.
- Otra información que debemos considerar: _____

Información del representante

Complete esta sección SOLAMENTE si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado ni el médico que recetó al afiliado. Debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar al afiliado (como un Formulario CMS-1696 completo o un equivalente escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, llámenos al 866-494-3927.

Nombre del representante: _____

Relación con el afiliado: _____

Dirección de la calle: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado, el médico que receta o el representante):

Firma: _____ **Fecha:** _____

Envíe por fax o correo su formulario completo y cualquier información de respaldo a:

Dirección:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.

Attn: Appeals Department

10181 Scripps Gateway Ct.

San Diego, CA 92131

Número de fax:

844-989-7003

GlobalHealth es un plan HMO ofrecido por GlobalHealth, Inc.

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.



Notice of availability of language assistance services and auxiliary aids and services

English: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-280-5555 (TTY 711).

Español: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se encuentran disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-280-5555 (TTY 711).

Chinese:

如果您會說中文，我們可以為您提供免費語言幫助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打 1-844-280-5555 (TTY 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-280-5555 (TTY 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-280-5555 (TTY 711).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-844-280-5555 (TTY 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Services zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-844-280-5555 (TTY 711) an.

Korean: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-280-5555 (TTY 711)로 전화하세요.



Russian: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 1-844-280-5555 (TTY 711).

Arabic: لتوفير المناسبة المساعدات والخدمات المساعدات تتوفر لك متاحة المجانية اللغوية المساعدة خدمات فإن ، العربية تتحدث كنت إذا ،
مجاناً إليها الوصول يمكن بتنسيقات المعلومات 1-844-280-5555 (TTY 711) بالرقم اتصل.

Italian: Se parli italiano, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-844-280-5555 (TTY 711).

Portuguese: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-844-280-5555 (TTY 711).

French Creole: Si w pale kreyòl franse, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-844-280-5555 (TTY 711).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie pomoce pomocnicze i usługi umożliwiające dostarczanie informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-844-280-5555 (TTY 711).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो मुझे भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए उपलब्ध हैं। सुलभ ँों में जानकारी प्राप्त करने के लिए उपयुक्त सहायक एड्स और सेवाएं भी हैं: शुद्ध उपलब्ध हैं कॉल 1-844-280-5555 (TTY 711)।

Japanese:

日本語を話せる場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブルな形式で情報を提供するための適切な補助援助やサービスも無料で利用できます。1-844-280-5555 (TTY 711)に電話します。