

Solicitud para Redeterminaci6n de Denegaci6n de un Medicamento Recetado de Medicare

Debido a que Doctors HealthCare Plans, Inc., negó su solicitud de cobertura (o pago) sobre un medicamento, usted tiene el derecho a solicitar una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 65 días desde la fecha de la notificación de negación de Medicare cobertura de medicamentos recetados para solicitar una redeterminación. Este formulario puede enviarse a nosotros por correo o fax:

Doctors HealthCare Plans, Inc.
2020 Ponce De León Blvd., PH 1
Coral Gables, FL 33134

Número de fax:
786-578-0293

Usted también puede solicitar una apelaci6n a través de nuestro sitio web <https://www.doctorshcp.com/es/apelaciones-y-quejas/>. Las solicitudes de apelaci6n acelerada pueden hacerse por teléfono al 833-342-7463.

Quien puede realizar una solicitud: Su prescriptor puede solicitar una apelaci6n en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) para solicitar una apelación para, esa persona debe ser su representante. En contacto con nosotros para aprender a nombrar a un representante.

Informaci6n del asociado

Nombre del asociado _____ Fecha de nacimiento _____

Direccion del asociado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación del asociado _____

Completar la siguiente secci6n solo si la persona que hace esta solicitud no es el asociado:

Nombre del solicitante _____

Relaci6n del solicitante con el asociado _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentaci6n de la representaci6n para las solicitudes de apelaci6n hecha por alguien que no sea asociado o asociados prescriptor:

Adjuntar la documentaci6n que la autoridad para representar al asociado (una completa
autorizaci6n de representaci6n forma CMS-1696 o un equivalente escrito) si no se presentó en el
nivel de determinaci6n de cobertura. Para obtener m6s informaci6n sobre c6mo se nombra a un
representante, p6ngase en contacto con Doctors HealthCare Plans, Inc. o 1-800-Medicare.

Medicamento que está solicitando:

Nombre del medicamento: _____ Fuerza/ Cantidad/ Dosis: _____

¿Has comprado el medicamento pendiente de apelación? Sí No

Si "Sí":

Fecha de Compra: _____ Cantidad pagada: \$ _____ (adjuntar copia de recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Informaci6n de Prescriptor

Nombre _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Numero de oficina _____ Fax _____

Persona de contacto de oficina _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su profesional que prescribe recetas crean que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar seriamente su vida, la salud o la capacidad para recuperar la función máxima, puede pedir una decisión expedita (rápida). Si su prescriptor indica esperar 7 días podría perjudicar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de 72 horas. Si no obtienes ayuda de su prescriptor de una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos está pidiendo que le reembolsemos por un medicamento que usted ha recibido.

COMPRUEBE ESTA CAJA SI USTED CREE QUE NECESITA UNA DECISION DENTRO DE 72 HORAS (si tienes un justificativo de so prescriptor, lo adjunte a esta solicitud).

Por favor explique sus razones para apelar. Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Adjuntar cualquier información adicional que usted cree que puede ayudar en su caso, como una declaración de su historial médico prescriptor y relevante. Puede referirse a la explicación que proporcionamos en el aviso de negación de Medicare cobertura de medicamentos recetados. Se necesitarán comentarios de su prescriptor para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el Plan no son médicalemente apropiados para usted.

Firma de la persona que solicita el recurso (el asociado o representante):

Fecha: _____

Aviso de No Discriminación

Doctors HealthCare Plans, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color, credos, religión, origen nacional, edad, discapacidad, afiliaciones o creencias políticas, o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e identidad de género).

Doctors HealthCare Plans:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes cualificados de lengua de signos
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas
- Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles.

Si cree que Doctors HealthCare Plans no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera, puede presentar una queja con:

Doctors HealthCare Plans, Inc.

Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles
2020 Ponce De Leon Blvd, PHI
Coral Gables, FL 33134
Teléfono: 833-342-7463 (TTY: 711)
Fax: 786-578-0293,
Correo Electronico: civilrights@doctorshcp.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

AVISO DE DISPONIBILIDAD DE ASISTENCIA LINGÜÍSTICA, AYUDAS AUXILIARES Y SERVICIOS

English: ATTENTION: 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 833-342-7463 (TTY:711) or speak to your provider.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, están disponibles servicios de asistencia lingüística gratuita para usted. También están disponibles sin cargo adecuado apoyos y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 833-342-7463 (TTY:711) o hable con su proveedor.

Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplément apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 833-342-7463 (TTY:711) oswa pale avèk founisè w la.

Arabic: وسائل تتوفر كما .المجانية اللغوية المساعدة خدمات لك فستتوفر ،العربية اللغة تتحدث كنت إذا :تبنيه

833-342-7463 م الرق على اتصل .مجانًا إليها الوصول يمكن بتسييرات المعلومات لتوفير مناسبة وخدمات مساعدة "الخدمة مقدم إلى تحدث أو (TTY:711) .

Chinese Traditional: 注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 833-342-7463 (TTY:711) 或與您的提供者討論。」

Chinese Simplified: 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 833-342-7463 (文本电话：(TTY:711) 或咨询您的服务提供商。

French: ATTENTION: Si vous parlez anglais, 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 833-342-7463 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Englisch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachhilfe-Dienste zur Verfügung. Angemessene Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in zugänglichen Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 833-342-7463 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Gujarati: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ ટૂમારા માટે ઉપલબ્ધ છે . યોગય એકાઉલરી સહાય અને એક સાથે બલ ફારમ્ટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટે ની સવાઓ પણ વાંના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે . 833-342-7463 (TTY:711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Italian: ATTENZIONE: Se parli inglese, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti per te. Sono disponibili anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili, anch'essi gratuiti. Chiama il 833-342-7463 (TTY:711) o parla con il tuo fornitore.

Korean: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 833-342-7463 (TTY:711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Polish: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 833-342-7463 (TTY:711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą".

Portuguese: ATENÇÃO: Se você fala inglês, serviços de assistência linguística gratuitos estão disponíveis para você. Ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 833-342-7463 (TTY:711) ou converse com seu prestador de serviços.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 833-342-7463 (TTY:711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 833-342-7463 (TTY:711) o makipag-usap sa iyong provider."

Thai: หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากรายน้ำเงินแล้วบริการช่วยเหลือเพื่อให้ชื่อ “ลีโนรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” โปรดโทรต่อ 833-342-7463 (TTY:711) หรือ “ปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số Người khuyết tật: 833-342-7463 (TTY:711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn."