



Pedido de reapreciação da recusa do medicamento sujeito a receita médica Medicare

Neighborhood Dual CONNECT (HMO D-SNP) recusou o seu pedido de cobertura (ou pagamento) para o seu medicamento. Tem o direito de nos pedir uma nova reapreciação (recurso) da nossa decisão. **Utilize este formulário para recorrer desta decisão.**

- Pode solicitar um recurso no prazo de 65 dias a contar da data do nosso Aviso de recusa de cobertura de medicamento sujeito a receita médica Medicare.
- Também pode apresentar um recurso através do nosso sítio Web em www.nhpri.org/DualCONNECT.
- Os pedidos de recurso rápido podem ser efetuados por telefone através do 1-844-812-6896 (TTY 711).

O seu médico prescritor pode solicitar um recurso em seu nome. Se pretender que outra pessoa (como um familiar ou amigo) apresente um recurso por si, essa pessoa tem de ser o seu representante. Contacte-nos através do 1-844-812-6896 (TTY 711) para saber como nomear um representante.

Informações sobre o inscrito no plano

Nome do inscrito: _____

Número de ident. inscrito: _____ Data de nascimento (MM/DD/AAAA): _____

Endereço: _____

Cidade, estado, código postal: _____

Telefone: _____

Informações sobre a receita médica e o médico prescritor

Nome do medicamento solicitado: _____

Concentração/quantidade/dosagem: _____

Nome do médico prescritor: _____

Endereço do consultório: _____

Cidade, estado, código postal: _____

Telefone do consultório: _____ Fax do consultório: _____

Pessoa de contacto do consultório: _____

Já adquiriu este medicamento? Sim Não

Se SIM:

Data de aquisição: _____ Valor pago: _____ (anexe cópia de recibo)

Nome da farmácia: _____

Telefone da farmácia: _____

Necessita de uma decisão rápida?

Assinale esta caixa se considerar que necessita de uma decisão no prazo de 72 horas. Se tiver uma declaração comprovativa do seu médico prescritor, junte-a a este pedido.

- Se o inscrito ou o seu médico prescritor considerarem que esperar 7 dias por uma decisão normal pode prejudicar gravemente a sua vida, saúde ou capacidade de recuperar o máximo de funções, pode solicitar uma decisão rápida.
- Se o seu médico prescritor indicar que esperar 7 dias pode prejudicar gravemente a sua saúde, apresentaremos automaticamente uma decisão no prazo de 72 horas. Não pode pedir um recurso rápido para pedidos de reembolsos por um medicamento que já tem.
- Se não obtiver o apoio do seu médico prescritor para um recurso rápido, seremos nós a decidir se o seu caso exige uma decisão rápida.

Explique porque é que acredita que este medicamento deve ser coberto

- Anexe quaisquer informações adicionais que considere úteis para o seu caso, tais como uma declaração do seu médico prescritor ou registos médicos.
- Inclua uma cópia do Aviso de recusa de cobertura de medicamento sujeito a receita médica Medicare
- O seu médico terá de explicar porque é que o inscrito não consegue cumprir as nossas regras de cobertura do plano e/ou porque é que os medicamentos exigidos pelo plano não são clinicamente adequados para si.
- Outras informações a ter em conta: _____

Informações do representante

Preencha esta secção APENAS se a pessoa que faz este pedido não for o inscrito ou o seu médico prescritor. Deve anexar a documentação que comprove a sua autoridade para representar o inscrito (como o Formulário CMS-1696 preenchido ou um equivalente escrito), se esta não tiver sido já apresentada no nível da apreciação da cobertura. Para mais informações sobre a nomeação de um representante, contacte-nos através do 1-844-812-6896 (TTY 711).

Nome do representante: _____

Relação com o inscrito: _____

Endereço: _____

Cidade, estado, código postal: _____

Telefone: _____

Assinar e enviar este formulário

Assinatura da pessoa que solicita o recurso (o inscrito ou o seu representante):

Assinatura: _____ **Data:** _____

O formulário preenchido e as informações complementares devem ser enviados por fax ou correio para:

Endereço:

CVS Caremark Part D Appeals and Exception
PO BOX 52000, MC109
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax:

1-855-633-7673

O Dual CONNECT (HMO D-SNP) do Neighborhood Health Plan of Rhode Island é um plano de saúde que tem contrato com o Medicare e o Medicaid Program de Rhode Island. A inscrição no plano Dual CONNECT do Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende da renovação do contrato.