



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

Neighborhood INTEGRITY for Duals (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/INTEGRITYDuals.
- 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 INTEGRITY for Duals (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 INTEGRITY for Duals do Neighborhood Health Plan of Rhode Island depende da renovação do contrato.