



Pedido de Redeterminação de Indeferimento de Cobertura de Receitas Médicas Medicare

Uma vez que nós, Neighborhood INTEGRITY, indeferimos o seu pedido de cobertura de (ou pagamento de) uma receita médica, tem o direito de solicitar uma redeterminação (recurso) da nossa decisão. Tem 60 dias a partir da data do nosso Aviso de indeferimento da cobertura de receitas médicas da Medicare para solicitar uma redeterminação. Este formulário pode ser enviado por correio ou fax:

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

Número de fax:
1-855-633-7673

Também pode recorrer através do nosso website em www.nhpri.org/INTEGRITY, Os pedidos de recurso rápido podem ser efetuados pelo telefone através do 1-844-812-6896, TTY: 711, 8 am a 8 pm, de segunda a sexta-feira; 8 am a 12 pm no sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser-lhe pedido para deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvido no próximo dia útil.

Quem pode efetuar um pedido: O seu médico pode solicitar um recurso em seu nome. Caso pretenda que outra pessoa (como por exemplo um membro da família ou amigo) recorra por si, essa pessoa tem de ser nomeada sua representante. Contacte-nos para saber como nomear um representante.

Informações da pessoa inscrita		
Nome da pessoa inscrita _____	Data de nascimento _____	
Morada da pessoa inscrita _____		
Cidade _____	Estado _____	Código postal _____
Telefone _____		
Número de ID de membro da pessoa inscrita _____		
Preencher a secção seguinte APENAS caso a pessoa que está a efetuar este pedido não seja a pessoa inscrita:		
Nome do requerente _____		
Relação entre o requerente e a pessoa inscrita _____		
Morada _____		
Cidade _____	Estado _____	Código postal _____

Telefone _____

Documentação de representação para recursos efetuados por pessoas que não sejam a pessoa inscrita ou o médico da pessoa inscrita:

Anexar documentação comprovativa da autoridade para representação da pessoa inscrita (um Formulário CMS-1696 de autorização de representação preenchido ou equivalente por escrito) caso não tenha sido enviada aquando da determinação ou redeterminação de cobertura. Para obter mais informações sobre como nomear um representante, contacte o seu plano ou 1-800-Medicare, 24 horas por dia, 7 dias por semana. Os utilizadores de TTY devem ligar para: 1-877-486-2048

Medicamento que está a solicitar:

Nome do medicamento: _____ Concentração/quantidade/dose: _____

Adquiriu o medicamento enquanto aguarda o recurso? Sim Não

Se "Sim": Data de aquisição: _____ Quantia paga: \$ _____ (anexar cópia do recibo)

Nome e número de telefone da farmácia: _____

Informações do médico

Nome _____

Morada _____

Cidade _____ Estado _____ Código postal _____

Telefone do gabinete _____ Fax _____

Pessoa de contacto no gabinete _____

Nota importante: Decisões rápidas

Caso você ou o seu médico considerarem que aguardar 7 horas por uma decisão normal poderia prejudicar gravemente a sua vida, saúde ou capacidade de recuperar o máximo das suas capacidades, pode solicitar uma decisão rápida (célere). Caso o seu médico indique que aguardar 7 dias poderia prejudicar gravemente a sua saúde, iremos dar-lhe automaticamente uma decisão no espaço de 72 horas. Caso não obtenha o apoio do seu médico para um recurso rápido, iremos decidir se o seu caso requer uma decisão rápida. Não pode solicitar um recurso rápido caso nos esteja a solicitar um reembolso por um medicamento que já recebeu.

ASSINALE ESTA CAIXA CASO CONSIDERE QUE NECESSITA DE UMA DECISÃO NO ESPAÇO DE 72 HORAS (caso disponha de uma declaração de suporte do seu médico, anexe-a a este pedido).

Indique os motivos pelos quais está a recorrer. Anexe páginas adicionais, se necessário. Anexe quaisquer informações adicionais que considere servirem de auxílio ao seu caso, tais como uma declaração do seu médico e registos médicos relevantes. Deve fazer referência à explicação dada no Aviso de indeferimento de cobertura de receitas médicas da Medicare e solicitar ao seu médico

que aborde os critérios de cobertura do seu Plano, se disponível, conforme indicado na carta de indeferimento do Plano ou outros documentos do Plano. Será necessário o contributo do seu médico para explicar porque não pode cumprir os critérios de cobertura do Plano e/ou por que motivos os medicamentos obrigatórios pelo Plano não são clinicamente adequados para si.

Assinatura do requerente do recurso (a pessoa inscrita ou representante):

_____ **Data:** _____

Neighborhood Health Plan de Rhode Island é um plano de saúde que os contratos tanto com o Medicare e Medicaid Rhode Island para fornecer os benefícios de ambos os programas de participantes.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services at 1-844-812-6896 (TTY 711), 8 am to 8 pm, Monday – Friday; 8 am to 12 pm on Saturday. On Saturday afternoons, Sundays and holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla Español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame a Servicios a los Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, de 8 am a 12 pm los Sábados. En las tardes de los Sábados, domingos y feriados, se le pedirá que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

ATENÇÃO: Se fala Português, os serviços de assistência ao idioma estão disponíveis de forma gratuita. Ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, poderá ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា
ដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711)
ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់នៅថ្ងៃសៅរ៍។ នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍
ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។
ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅត្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការទូរស័ព្ទគិតគិតថ្លៃ។