



10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131  
(888) 807-6806 (TTY: 711) [www.mp.medimpact.com](http://www.mp.medimpact.com)

## **Solicitud para revisar la decisión de Denegación de la Cobertura de Medicamentos Recetados**

Porque nosotros, <VillageCareMAX Medicare Health Advantage> o <VillageCareMAX Medicare Total Advantage> (HMO D-SNP), denegamos su solicitud de cobertura/pago de medicamento(s) solicitado(s), usted tiene el derecho de apelar nuestra decisión. Usted tiene 60 días desde la fecha en la carta Aviso de Denegación De la Parte D de Medicare Cobertura de Medicamentos Recetados para pedir una revisión.

Envíe este formulario por correo o fax a:

Address: MedImpact Healthcare Systems, Inc.  
Attn: Appeals/Grievance Department  
10181 Scripps Gateway Ct  
San Diego, CA 92131

Fax: 1-858-790-6060

Usted puede pedir una apelación a través de nuestra página web [www.mp.medimpact.com](http://www.mp.medimpact.com). Apelaciones aceleradas pueden ser solicitadas llamando al número 1-888-807-6806 (TTY: 711).

**¿Quién puede apelar?:** Su médico puede solicitar una apelación por usted. Si desea que otra persona (tal como un miembro de su familia o amigo) haga una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para informarse sobre como nombrar un representante.

**Información del Miembro**

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del Miembro \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Miembro \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente información SOLO si la persona quien hace la solicitud, no es el miembro:**

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Relación del solicitante con el Miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Documentación de representación para solicitudes de apelación hechas por personas que no son el miembro o el médico del miembro:**

**Incluya documentación que compruebe la autoridad de representar al miembro (formulario Autorización de Representación CMS-1696 completo o una carta equivalente por escrito) si la información no fue sometida en el momento de la determinación de cobertura. Para más información sobre como nombrar un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.**

**Medicamentos recetados que usted está solicitando:**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Fuerza/cantidad/dosis: \_\_\_\_\_

¿Ha comprado el medicamento en espera de apelación?  Si  No

Si "Si":

Fecha de Compra: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada: \$ \_\_\_\_\_ (incluya copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Información de su médico**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Persona de Contacto en la Oficina \_\_\_\_\_

**Nota importante: Decisiones Rápidas (Acelerada)**

Si usted o su médico cree que esperar 7 días para que le notifiquen la decisión, podría poner su salud en peligro, usted puede pedir una apelación rápida (acelerada). Si su médico indica que si tiene que esperar 7 días hasta que se tome la decisión su salud puede ser seriamente afectada, nosotros automáticamente le daremos una decisión en 72 horas. Si usted no obtiene el apoyo de su médico para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión acelerada. Usted no puede pedir una apelación acelerada si es por un reembolso por un medicamento que ya recibió.

**MARCAR ESTA CAJA SI USTED CREE QUE NECESITA UNA DECISION EN 72 HORAS**  
**Si usted tiene documentos de su médico, inclúyalo a este pedido.**

Favor de explicar su razón por la apelación. Añada páginas si es necesario. Incluya cualquier información, que usted crea pueda ayudar su caso, tal como, recibos y records de su médico, Usted se puede referir a la explicación que le proveímos en la carta titulada, Aviso de Denegación de Cobertura De Medicamentos Recetados

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma de la persona solicitando la apelación (miembro, médico del miembro o representante):**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

VillageCareMAX es un plan HMO con un contrato con Medicare y con el Medicaid del Estado de Nueva York. La inscripción a VillageCareMAX depende de la renovación del contrato.

*[Insert if Plan is VillageCareMAX Medicare Total Advantage Plan]*

El Estado de Nueva York ha establecido un programa de ombudsman de los participantes que se llama la Independent Consumer Advocacy Network (ICAN - Red Independiente de Intercesoires de los Consumidores) con el fin de proporcionar a los participantes asistencia gratuita y confidencial relacionada con cualquiera de los servicios que ofrece VillageCareMAX Medicare Total Advantage. Se puede comunicar con la ICAN llamando al número sin cargo al 1-844-614-8800 o por Internet [www.icannys.org](http://www.icannys.org) (los usuarios de TTY llaman al 711 y luego siguen las indicaciones para marcar el 844-614-8800)

## AVISOSOBRE LA NO DISCRIMINACIÓN

**VillageCareMAX** cumple con las leyes federales de derechos civiles. VillageCareMAX no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**VillageCareMAX** proporciona lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, tales como:
  - Intérpretes capacitados de lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios al Cliente de **VillageCareMAX** al 1-800-469-6292. Para servicios TTY/TDD, llame al 711.

Si considera que **VillageCareMAX** no le proporcionó estos servicios o lo trato de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo con **VillageCareMAX** de las siguientes maneras:

Por correo: VillageCareMAX, 112 Charles Street, New York, NY 10014  
Por teléfono: 1-800-469-6292 (para servicios TTY/TDD, 711)  
Fax: 1-212-337-5711  
En persona con: 112 Charles Street, New York, NY 10014  
Por correo electrónico a: [complaints@villagecare.org](mailto:complaints@villagecare.org)

También puede presentar un reclamo de derechos civiles en forma electrónica con el Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) Office for Civil Rights a través de Office for Civil Rights disponible en:

Sitio Web: Office for Civil Rights Portal en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>,  
Por correo: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
Puede obtener formularios de reclamo en:  
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD 800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-469-6292; TTY/TDD: 711.	English
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-469-6292; TTY/TDD 711.	Spanish
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-469-6292; TTY/TDD 711.	Chinese
ملحوظة: إذا كنت تتحدث انكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 711 رقم هاتف الصم والبكم 1-800-469-6292	Arabic
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 번으로 전화해 주십시오 1-800-469-6292; TTY/TDD 711.	Korean
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-469-6292 (телетайп: TTY/TDD 711).	Russian
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-469-6292; TTY/TDD 711.	Italian
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-469-6292; TTY/TDD 711.	French
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-469-6292; TTY/TDD 711.	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אײך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-800-469-6292 ; TTY/TDD 711	Yiddish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-469-6292; TTY/TDD 711.	Polish
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-469-6292 /TTY/TDD 711.	Tagalog
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে ফোন করুন ১-৮০০-৪৬৯-৬২৯২ TTY/TDD 711.	Bengali
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-469-6292 TTY/TDD 711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-469-6292 TTY/TDD 711.	Greek
چندار: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں کال کریں 1-800-469-6292; TTY/TDD 711.	Urdu