

Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare

Capital Blue Cross rechazó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado. Tiene derecho a pedirnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Use este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede pedir una apelación en los 65 días posteriores a la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación por medio de nuestro sitio web en CapitalBlueMedicare.com.
- Las solicitudes de apelación acelerada se pueden hacer por teléfono al 866.987.4213 para Capital Blue Cross PPO o al 800.779.6962 para Capital Blue Cross HMO (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Su médico puede pedir una apelación en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o amigo) presente una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Llámenos al 866.987.4213 para Capital Blue Cross PPO o al 800.779.6962 Capital Blue Cross HMO (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para saber cómo nombrar a un representante.

Información del afiliado al plan

Nombre del inscrito: _____
 Número de identificación de Miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección postal: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono: _____

Información sobre recetas y proveedores que recetan

Nombre del medicamento que solicitó: _____
 Concentración/cantidad/dosis: _____
 Nombre del proveedor que receta: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono de la oficina: _____ Fax de la oficina: _____
 Persona de contacto de la oficina: _____
 ¿Ya compró este medicamento? ☐ Sí ☐ No
 En caso afirmativo:
 Fecha de compra: _____ Cantidad pagada: \$ _____ (adjuntar copia del recibo)
 Nombre de la farmacia: _____
 Teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?

☐ **Marque esta casilla si cree que necesita una decisión en 72 horas.** Si tiene una declaración de respaldo de su médico, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o su médico creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar la función máxima, puede pedir una decisión acelerada (rápida).
- Si su médico indica que esperar 7 días podría dañar gravemente su salud, le daremos una decisión automáticamente en 72 horas. No puede pedir una apelación acelerada si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.
- Si no obtiene el apoyo de su médico para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debería estar cubierto

- Adjunte cualquier información adicional que crea que puede ayudar a su caso, como la declaración de su médico o los registros médicos.
- Incluya una copia del Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- Su médico deberá explicarle por qué no puede cumplir las reglas de cobertura de nuestro plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.

Otra información que debemos tener en cuenta:

Información del representante

Complete esta sección SOLO si la persona que hace esta solicitud no es el afiliado o el médico del afiliado. Debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar al afiliado (como un Formulario CMS-1696 completo o un equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, llámenos al 866.987.4213 para Capital Blue Cross PPO o al 800.779.6962 para Capital Blue Cross HMO (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Nombre del representante: _____

Relación con el afiliado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado, el proveedor que receta o el representante):

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe por fax o correo postal su formulario completo y cualquier información de respaldo a:

Dirección:
Revisión clínica
Atención: Medicare Part D
2900 Ames Crossing Road Suite 200
Eagan, MN 55121

Número de fax:
855.212.8110