

SOLICITUD DE REDETERMINACIÓN DE RECHAZO DE MEDICAMENTO RECETADO DE MEDICARE

Puesto que nosotros, CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage, denegamos su solicitud de cobertura (o el pago) de un medicamento recetado, usted tiene el derecho de solicitar una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 60 días a partir de la fecha del Aviso de rechazo de cobertura de medicamento recetado para solicitar una redeterminación. Este formulario puede ser enviado por correo o por fax:

Dirección:
CVS Caremark Coverage Determinations/Exceptions
P.O. Box 52000
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de fax: 1-855-633-7673

Usted también puede solicitar una apelación a través de nuestro sitio Web, en CareFirst.com/medicare. Las solicitudes de apelación sin demora pueden hacerse por teléfono al 1-888-970-0917, Las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Quién puede hacer la solicitud: Su médico recetante puede pedirnos una apelación en nombre de usted. Si usted desea que otra persona (tal como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrar a un representante.

Información del miembro

Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del miembro _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Número de ID del Plan _____

Llene la siguiente sección SÓLO si la persona que hace esta solicitud no es el miembro inscrito:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el miembro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Número de ID del Plan _____

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., licenciario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

Documento de representación para solicitudes de apelación hechas por alguien distinto al miembro o al médico del miembro:

Anexe documentación que compruebe la autoridad de representar al miembro (formulario CMS-1696 o equivalente por escrito), si no fue presentado durante la determinación o de cobertura. Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare, (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (los usuarios de teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048).

Medicamento recetado que usted solicita:

Potencia/cantidad/dosis:

¿Compró usted el medicamento mientras la apelación estaba pendiente? Sí No

De ser sí: Fecha de compra: _____ Monto pagado: \$ _____ (adjunte copia del recibo)

Nombre y teléfono de la farmacia:

Información del médico recetante

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto _____

Nota importante: Decisiones sin demora

Si usted o su médico creen que el esperar 7 días por una decisión estándar podría poner en serio peligro su vida, su salud o su capacidad de recobrar sus funciones, usted puede solicitar una decisión sin demora (rápida). Si su médico o persona que receta indica que el esperar 7 días podría poner en serio peligro su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las siguientes 72 horas. Si usted no recibe el apoyo de su médico o persona que receta para solicitar una decisión sin demora, decidiremos si su condición de salud requiere de una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación rápida si usted nos pide que le reembolsemos por un medicamento que usted ya recibió.

- MARQUE ESTA CASILLA SI USTED CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS SIGUIENTES 72 HORAS. Si usted tiene una declaración de apoyo de su médico recetante, adjúntela a su solicitud.**

Explique las razones de su apelación. Adjunte páginas adicionales, de ser necesario. Adjunte información adicional que usted crea que sea de ayuda en su caso, tal como una declaración de su médico recetante y expedientes médicos relevantes. Quizás usted desee consultar la explicación que proporcionamos en el Aviso de rechazo de cobertura de medicamento recetado.

Firma de la persona que solicita la apelación (el miembro, o el médico o representante del miembro) _____ Fecha: _____

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan de la Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) con un contrato con Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación de su contrato.