

Nombre del plan: CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO)
Identificación del formulario: 00022060
Identificación del contrato: H7379
Identificación del plan: 801

Solicitud de reconsideración de la denegación de medicamento con receta de Medicare

Dado que su plan de medicamentos de Medicare ha mantenido su decisión inicial de denegar la cobertura o el pago de un medicamento con receta que usted solicitó, o ha mantenido su decisión respecto a una determinación de riesgo realizada en el marco de su programa de gestión de medicamentos, usted tiene derecho a solicitar una revisión independiente de la decisión del plan. **Puede utilizar este formulario para solicitar una revisión independiente de la decisión de su plan de medicamentos.** Dispone de 60 días a partir de la fecha de la Notificación de Redeterminación del plan para solicitar una revisión independiente. Complete este formulario y envíelo por correo o por fax a:

Correo ordinario:
C2C Innovative Solutions, Inc.
Part D Drug Reconsiderations
P.O. Box 44166
Jacksonville, FL 32231-4166

**Servicio de mensajería o correo con seguimiento
(p. ej., FedEx o UPS):**
C2C Innovative Solutions, Inc.
Part D Drug Reconsiderations
301 W. Bay St., Suite 600
Jacksonville, FL 32202

Fax— Apelaciones estándar: (833) 710-0580
Fax—Apelaciones expeditas: (833) 710-0579
Dirección del portal web: <https://www.c2cinc.com/Appellant-Signup>

Nota sobre los Representantes: Su prescriptor puede presentar una solicitud de reconsideración en su nombre sin ser un representante designado. Si quiere que otra persona, como un familiar o un amigo, solicite una revisión independiente en su nombre, esa persona debe ser su representante. Póngase en contacto con su plan de medicamentos de Medicare para saber cómo nombrar a un representante.

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Nombre del afiliado: _____
Dirección del afiliado: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: (_____) _____
Número de Medicare: _____
Tomado de la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare
Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____
Nombre del Plan actual de Medicamentos de la Parte D: _____

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO Inc., un 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.

Rellene la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado o el prescriptor del afiliado (asegúrese de adjuntar la documentación que demuestre la autoridad de la persona para representar al afiliado a efectos de esta solicitud).

Nombre del representante: _____

Relación del representante con el afiliado: _____

Dirección del representante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____

Medicamento con receta que ha pedido a su plan que cubra: _____

Documentación de representación para las solicitudes de apelación realizadas por alguien que no sea el afiliado o el prescriptor: Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un formulario CMS-1696 completado o un equivalente escrito) si no se presentó en el nivel de determinación o redeterminación de la cobertura. Un médico u otro prescriptor puede solicitar una apelación en nombre de un afiliado sin ser un representante designado.

INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR U OTRO PRESCRIPTOR

Nombre del médico: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del consultorio: (_____) _____ Fax del consultorio: (_____) _____

Persona de contacto del consultorio: _____

Decisiones expeditas: Si usted, su médico u otro prescriptor creen que esperar una decisión estándar (que se proporcionará en un plazo de 7 días) podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad, puede solicitar una decisión expedita (rápida). Si su médico u otro prescriptor indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad, la organización de revisión independiente le dará automáticamente una decisión en un plazo de 72 horas. Este plazo puede ampliarse hasta 14 días calendario si su caso implica una solicitud de excepción y no hemos recibido la declaración de apoyo de su médico u otro prescriptor que respalde la solicitud. O si la persona que actúa en su nombre presenta una solicitud de apelación pero no presenta la documentación de representación adecuada. Si no obtiene el respaldo de su médico u otro prescriptor para una apelación expedita, la organización de revisión independiente decidirá si su estado de salud requiere una decisión rápida.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN 72 HORAS.** Si tiene una declaración de apoyo de su médico prescriptor, adjúntela a esta solicitud.

Adjunte cualquier información adicional que tenga relacionada con su apelación, como una declaración de su médico prescriptor u otro prescriptor y los registros médicos pertinentes. Pida a su prescriptor que se ocupe de los criterios de cobertura del Plan, tal y como se indica en la carta de denegación del Plan o en otros documentos del Plan. Se necesitará la aportación de su prescriptor para explicar por qué no puede cumplir los criterios de cobertura del Plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el Plan no son médicamente adecuados para usted.

Información adicional que debemos tener en cuenta: _____

IMPORTANTE: Incluya una copia de la Notificación de Redeterminación (denegación) que debería haber recibido de su plan de medicamentos, si dispone de ella.

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado o su representante): _____

Fecha: _____