

Solicitud de redeterminación de la denegación de medicamentos recetados de Medicare

Debido a que nosotros, CareFirst BlueCross BlueShield Group Advantage (PPO), rechazamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a pedirnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestra Notificación de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Este formulario puede enviarse por correo o por fax:

Dirección:
CVS Caremark
P.O. Box 52000
MC109
Phoenix, AZ 85072-2000

Número de Fax:
1-855-633-7673

Las solicitudes de apelación expeditas pueden hacerse por teléfono en el 888-970-0917 (TTY: 711), 24 horas al día, los siete (7) días de la semana.

Quién puede hacer una solicitud: Su prescriptor puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si quiere que otra persona (por ejemplo, un familiar o un amigo) solicite una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Póngase en contacto con nosotros para saber cómo nombrar a un representante.

INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Nombre del afiliado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección del afiliado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____ Número de identificación del afiliado: _____

Rellene la siguiente sección SÓLO si la persona que hace esta solicitud no es el afiliado:

Nombre del solicitante: _____

Relación del solicitante con el afiliado: _____

Dirección del solicitante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____

Documentación de representación para las solicitudes de apelación realizadas por alguien que no sea el afiliado o el prescriptor del afiliado: Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un formulario de autorización de representación CMS-1696 completado o un equivalente escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de la cobertura. Para más información sobre la designación de un representante, póngase en contacto con su plan o con el 1-800-Medicare, 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048.

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 and Blue Shield.

MEDICAMENTO RECETADO QUE SOLICITA

Nombre del medicamento: _____ Dosis/cantidad/formulación: _____

¿Ha comprado el medicamento pendiente de apelación? Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de compra: _____

Cantidad pagada: \$_____ (adjuntar copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Nombre del médico: _____

Dirección del médico: _____

Ciudad:_____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de oficina: (_____) _____ Fax de oficina: (_____) _____

Persona de contacto de la oficina: _____

Nota importante-Decisiones expeditas: Si usted o su médico prescriptor creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad, puede solicitar una decisión expedita (rápida). Si su médico prescriptor indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión en 72 horas. Si no obtiene el apoyo de su médico prescriptor para una solicitud expedita, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación expedita si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya ha recibido.

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.

Por favor, explique los motivos de su apelación. Si es necesario, adjunte las páginas adicionales. Adjunte cualquier información adicional que crea que puede ayudar a su caso, como una declaración de su prescriptor y los registros médicos pertinentes. Puede consultar la explicación que proporcionamos en la Notificación de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare y pedir a su prescriptor que aborde los criterios de cobertura del Plan, si están disponibles, como se indica en la carta de denegación del Plan o en otros documentos del Plan. Se necesitará la aportación de su médico 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.

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