

## Solicitar la redeterminación de la denegación de un medicamento recetado

Dado que en Blue Cross MedicareRx (PDP)<sup>SM</sup> denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, tiene derecho a solicitar una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días desde la fecha de nuestro Aviso de denegación de la cobertura de Medicare para medicamentos recetados para solicitar una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:  
Blue Cross MedicareRx <sup>SM</sup>  
Attn: Medicare D Clinical Review  
2900 Ames Crossing Road  
Eagan, MN 55121

Número de fax:  
1-800-693-6703

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en [www.getbluetx.com/pdp](http://www.getbluetx.com/pdp). Las solicitudes de apelación aceleradas se pueden hacer por teléfono al 1-888-285-2249. TTY: 711, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Si llama desde el 1.º de abril al 30 de septiembre, durante los fines de semana y feriados, se usarán tecnologías alternas (por ejemplo, correo de voz).

**¿Quién puede presentar una solicitud?:** El médico que emitió la receta puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) presente una solicitud de apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Póngase en contacto con nosotros para saber cómo designar a un representante.

### Información del afiliado

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del afiliado \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de identificación de miembro del afiliado \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que hace esta solicitud no es el afiliado:**

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

Vínculo del solicitante con el afiliado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_

### **Documentación de representación para las solicitudes de apelación hechas por alguien que no sea el afiliado o el médico que emite la receta para el afiliado:**

**Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 completo o un equivalente por escrito) si no se lo presentó al momento de determinación de la cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare (las 24 horas del día, los siete días de la semana).**

**Nombre del medicamento recetado que solicita:**

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

¿Ha comprado el medicamento pendiente de apelación?  Sí  No

Si la respuesta es “Sí”:

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Monto pagado: \$ \_\_\_\_\_ (adjunte una copia del recibo)

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

**Información del médico que emite la receta**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono del consultorio \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Persona de contacto en el consultorio  
\_\_\_\_\_

**Nota importante: Decisiones aceleradas**

Si usted o el médico que emite la receta consideran que esperar siete días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, salud o capacidad de recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el médico que emite la receta indica que esperar siete días podría dañar seriamente su salud, automáticamente informaremos nuestra decisión en el plazo de 72 horas. Si no obtiene el respaldo del médico que emite la receta para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación acelerada si desea que le reembolsemos el dinero por un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTE CASILLERO SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN EL PLAZO DE 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo del médico que emite la receta, adjúntela a esta solicitud).**

**Explique los motivos de su apelación.** Adjunte páginas adicionales, si fuera necesario. Adjunte cualquier información adicional que considere que podría ayudar en el caso, como una declaración del médico que hizo la receta y los antecedentes médicos relevantes. Es posible que desee consultar la explicación que proporcionamos en el Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y que el médico que emite la receta 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 opinión del médico que emite la receta para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan o por qué los medicamentos requeridos por el Plan no son apropiados para usted desde un punto de vista médico.

---

---

---

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

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

Planes de medicamentos recetados que ofrece HCSC Insurance Services Company (HISC), una licenciataria independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association. Un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en los planes de HISC depende de la renovación del contrato.