



c/o Clinical Review
 2900 Ames Crossing Road,
 Eagan, MN 55121

Solicitar la redeterminación de la denegación de un medicamento recetado

Dado que en Blue Cross Community MMAISM 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 Community MMAI
 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 <http://www.bcbsil.com/mmai/>. Las solicitudes de apelación aceleradas se pueden hacer por teléfono al **1-877-723-7702**. (TTY: 711).

¿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.

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: _____

Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece la cobertura Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan). HCSC es una compañía de seguros médicos que tiene contrato con Medicare e Illinois Medicaid para brindar beneficios de ambos programas a sus asegurados. La posibilidad de solicitar cobertura de la póliza de HCSC depende de la renovación del contrato.