

Solicitar la redeterminación de la denegación de un medicamento recetado

Dado que en Blue Cross Medicare Advantage (PPO)SM 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 Medicare Advantage SM
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.getbluemt.com/mapd. Las solicitudes de apelación aceleradas se pueden hacer por teléfono al 1-877-774-8592. 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: _____

El plan de HMO en Nuevo México, los planes de HMO y HMO-POS en Illinois, y los planes de PPO en Illinois, Montana y Nuevo México son provistos por Health Care Service Corporation, una Mutual Legal Reserve Company (HCSC). Plan HMO en Illinois provistos por Illinois Blue Cross Blue Shield Insurance Company (ILBCBSIC). Plan HMO para necesidades especiales en Nuevo México provisto por HCSC. Planes HMO, PPO y para necesidades especiales Dual Care HMO en Texas provistos por HCSC Insurance Services Company (HISC). Planes HMO en Texas provistos por GHS Insurance Company (GHSIC). Todos los planes grupales HMO y PPO del empleador/sindicato provistos por HCSC. Planes PPO de Oklahoma únicamente para grupos de empleadores y sindicatos. Plan HMO en Oklahoma provisto por GHS Health Maintenance Organization, Inc. d/b/a BlueLincs HMO (BlueLincs). HCSC, ILBCBSIC, HISC, GHSIC y BlueLincs son licenciarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. ILBCBSIC, GHSIC y BlueLincs son organizaciones de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. HCSC es una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare y con el programa Medicaid de Nuevo México. HICS es una organización de Medicare Advantage con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Texas. La inscripción a estos planes depende de la renovación del contrato.



**BlueCross BlueShield
of Montana**

Blue Cross and Blue Shield of Montana cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Montana no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Montana:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - intérpretes capacitados en lenguaje de señas;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés (English), como los siguientes:
 - intérpretes capacitados;
 - información escrita en otros idiomas.

If you need these services, contact Civil Rights Coordinator

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of Montana no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, fax: 1-855-661-6960, Civilrightscoordinator@hcsc.net. Puede presentar una inconformidad en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, el Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los siguientes números:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Formularios para presentar quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

A Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company,
an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-774-8592 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-774-8592 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-774-8592 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-774-8592 (TTY: 711)。

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-877-774-8592 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-774-8592 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-774-8592 (ATS: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-774-8592 (телетайп: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. <1-877-774-8592> (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

لحوظ: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل رقم 1-877-774-8592 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

เรียน: หากคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-877-774-8592 (TTY: 711).

MERK: Hvis du snakker norsk, er gratis språkassistentjenester tilgjengelige for deg. Ring 1-877-774-8592 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-774-8592 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-877-774-8592 (телетайп: 711).

Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzsch, kannsch du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprouch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-877-774-8592 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-774-8592 (TTY: 711).