

## **Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare**

Debido a que denegamos su solicitud de cobertura (o el pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 65 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo postal o por fax:

Dirección:  
Capital Rx  
Attention Appeals Department  
9450 SW Gemini Dr., #87234  
Beaverton, OR 97008

Número de fax:  
833-434-0563

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en [BSWHealthPlan.com/Medicare](http://BSWHealthPlan.com/Medicare). Las solicitudes de apelación acelerada se pueden realizar por teléfono al 833-502-3340.

**Quién puede presentar una solicitud:** el médico que emite su receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar a un representante.

**Información del miembro**

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del miembro \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_

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

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es el miembro:**

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

Relación del solicitante con el miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_

**Documentación de representación para solicitudes de apelación realizadas por otra persona que no es el miembro ni el médico que emite las recetas del miembro:**

**Adjunte documentación en la que se demuestre la autoridad para representar al miembro (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 cumplimentado o un documento escrito equivalente) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.**

**Medicamento recetado que solicita:**

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

¿Ha comprado el medicamento en espera de la apelación?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Monto del pago: \$ \_\_\_\_\_ (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 de la oficina \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Persona de contacto de la oficina \_\_\_\_\_

**Nota importante: Decisiones aceleradas**

Si usted o el médico que emite la receta consideran que esperar 7 días para obtener una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el médico que emite la receta indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le daremos una decisión automáticamente en un 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 apelación acelerada si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.

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

**Explique sus motivos para solicitar una apelación.** Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que considere que puede contribuir a su caso, como una declaración del médico que emite la receta y registros médicos relevantes. Le recomendamos que consulte la explicación que proporcionamos en el Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y que le pida al médico que emite su receta que aborde los criterios de cobertura del plan, si están disponibles, según lo establecido en la carta de denegación del plan o en otros documentos del plan. El médico que emite su receta deberá explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente adecuados para usted.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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