



Solicitud de redeterminación de una denegación de medicamentos recetados de Medicare

Blue Cross of Idaho Rx denegó su solicitud de cobertura (o pago) de «HCS Name». Tiene derecho a solicitar una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Use este formulario para apelar esta decisión.**

- Tiene 65 días a partir de la fecha del Aviso de denegación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitar una redeterminación.
- También puede solicitar una apelación a través de nuestro sitio web, members.bcidaho.com.
- Las solicitudes de apelación acelerada se pueden hacer por teléfono al 1-855-479-3661. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, las 24 horas del día, todos los días.

El médico que receta los medicamentos puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Llámenos al 1-855-479-3661. Los usuarios de TTY pueden llamar al: 711, las 24 horas del día, todos los días de la semana, para saber cómo nombrar a un representante.

Información del inscrito en el plan

Nombre del inscrito: _____
Número de identificación del miembro _____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____
Dirección postal: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
Teléfono: _____

Información de la receta y del profesional que receta los medicamentos

Nombre de la droga que solicitó: _____
Fuerza/cantidad/dosis: _____
Nombre del médico que receta: _____
Dirección del consultorio: _____
Ciudad, estado, código postal: _____
Teléfono de la oficina: _____ Fax de la oficina: _____
Persona de contacto del consultorio: _____

¿Ya compró este medicamento? Sí No

Si respondió "Sí":

Fecha de compra: _____ Monto pagado: _____ (adjunte copia del recibo)

H1350_PBM25429S_C

G_A_REDETERM_RQST_FORM

3000 E. Pine Avenue, Meridian, ID 83642 • P.O. Box 8406, Boise, ID 83707-2406 • 1-888-494-2583 | TTY: 711

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?

Marque esta casilla si considera 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.

- Si usted o el médico que receta los medicamentos consideran que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la máxima funcionalidad, pueden solicitar una decisión acelerada (rápida).
- Si el médico que receta los medicamentos indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente le comunicaremos nuestra decisión en menos de 72 horas. No puede solicitar una apelación rápida si nos pide que le devolvamos dinero por un medicamento que ya recibió.
- Si no obtiene el respaldo de su médico prescriptor para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

Explique por qué cree que se debería cubrir este medicamento

- Adjunte la información adicional que considere que podría servir para su caso, como una declaración del médico que receta los medicamentos y registros médicos relevantes.
- Denegación de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare
- El médico prescriptor deberá explicar por qué no puede cumplir con las reglas de cobertura de nuestro plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente adecuados para usted.
- Otra información que debemos tener en cuenta: _____

Información del representante

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es el inscrito ni el médico que receta los medicamentos: Debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar al inscrito (como un formulario CMS-1696 completo o su equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, llámenos al 1-855-479-3661, los usuarios de TTY deben llamar al 711, las 24 horas del día, todos los días.

Nombre de la Representante: _____

Relación entre el solicitante y el inscrito: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (el inscrito, el médico que realiza la receta o el representante):

Firma: _____ **Fecha:** _____

H1350_PBM25429S_C

G_A_REDETERM_RQST_FORM

3000 E. Pine Avenue, Meridian, ID 83642 • P.O. Box 8406, Boise, ID 83707-2406 • 1-888-494-2583 | TTY: 711

Envíe por fax o correo su formulario completado y cualquier información de respaldo a:

Dirección:

Medicare - Grievance and Appeal

PO Box 775370

St. Louis, MO 63177

Número de fax:

1-844-430-6802

H1350_PBM25429S_C

G_A_REDETERM_RQST_FORM

3000 E. Pine Avenue, Meridian, ID 83642 • P.O. Box 8406, Boise, ID 83707-2406 • **1-888-494-2583** | TTY: 711

©2020 Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. ("Blue Cross of Idaho Care Plus"), es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, con servicios proporcionados por Blue Cross of Idaho Health Service, Inc.

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

Blue Cross of Idaho y Blue Cross of Idaho Care Plus, Inc. (denominados colectivamente Blue Cross of Idaho) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan, excluyen ni tratan de manera menos favorable por motivos de raza, color, nacionalidad de origen (incluido el dominio limitado del inglés y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo (consistente con el alcance de la discriminación sexual descrita en 45 CFR § 92.101(a)(2)).

Blue Cross of Idaho:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables y ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:
 - o Intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de asistencia lingüística a personas cuyo idioma principal no es el inglés, que pueden incluir:
 - o Intérpretes calificados
 - o Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Cross of

Idaho al 1-800-627-1188 (TTY: 711). Si considera que Blue Cross of Idaho no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de alguna manera debido a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante: Civil Rights Coordinator (Coordinador de Derechos Civiles) 3000 E. Pine Ave., Meridian, ID 83642
Teléfono: 1-800-274-4018
Fax: 208-331-7493
Correo electrónico: grievancesandappeals@bcidaho.com
TTY: 711

Puede presentar un reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, nuestro coordinador de derechos civiles podrá ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, por medio del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATENCIÓN: Si usted habla árabe, bantú, chino, farsi, francés, alemán, japonés, coreano, nepalés, rumano, ruso, serbocroata, español, tagalo o vietnamita, dispone de asistencia gratuita en su propio idioma. Llame al 1-800-627-1188 (los usuarios de TTY deben llamar al: 711).

Árabe: انتبه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية ، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً اتصل على 1-800-627-1188 (للصم والبكم: 711).

Bantú: ICITONDERWA: Nimba uvuga Ikirundi, uzohabwa serivisi zo gufasha mu ndimi, ku buntu. Woterefona 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Chino: 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 1-800-627-1188 (TTY: 711)。

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات رایگان پشتیبانی زبان، در دسترس شما است. شماره تماس 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Francés: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-627-1188 (ATS : 711).

Alemán: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Japonés: 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。1-800-627-1188 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Coreano: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-627-1188 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Nepali: ध्यान दनिहोस्: तपाइंले नेपाली बोलनुहुन्छ भने तपाइंको नमिति भाषा सहायता सेवाहरू नैःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-627-1188 (टटिविड: 711) ।

Rumano: ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Ruso: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-627-1188 (телетайп: 711).

Serbocroata: OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-627-1188 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Tagalo: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-627-1188 (TTY: 711).

Vietnamita: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-627-1188 (TTY: 711).