

Solicitar la redeterminación de la denegación de un medicamento recetado

Dado que en BlueMedicare (HMO) 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:
BlueMedicare (HMO)
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.floridablue.com/medicare. Las solicitudes de apelación aceleradas se pueden hacer por teléfono al 1-800-926-6565 (TTY: 1-800-955-8770), 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora local, los siete días de la semana del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el día de Acción de Gracias y Navidad.

¿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:** _____

HMO coverage is offered by Florida Blue Medicare, Inc., DBA Florida Blue Medicare. These companies are affiliates of Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., and are Independent Licensees of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Notificación de la sección 1557: La discriminación es en contra de la ley.

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO (colectivamente "Florida Blue"), Florida Combined Life y el Blue Cross and Blue Shield Federal Employee Program[®] (FEP) cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO, Florida Combined Life y FEP:

- Proporcionan ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, llame a:

- Florida Blue (cobertura para la salud y la visión): 1-800-352-2583
- Florida Combined Life (cobertura dental, de vida y discapacidad): 1-888-223-4892
- Federal Employee Program (FEP): 1-800-333-2227

Si considera que no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

Florida Blue (incluyendo miembros FEP):

Section 1557 Coordinator
4800 Deerwood Campus Parkway, DCC 1-7
Jacksonville, FL 32246
1-800-477-3736 x29070
1-800-955-8770 (TTY)
Fax: 1-904-301-1580
section1557coordinator@floridablue.com

Florida Combined Life:

Civil Rights Coordinator
17500 Chenal Parkway
Little Rock, AR 72223
1-800-260-0331
1-800-955-8770 (TTY)
civilrightscoordinator@fclife.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la sección 1557 está disponible para ayudarlo. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Reclamaciones de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por teléfono:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019
1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773). FEP: Llame al 1-800-333-2227

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen, ou ka resevwa yon èd gratis nan lang pa w. Rele 1-800-352-2583 (pou moun ki pa tande byen: 1-800-955-8770). FEP: Rele 1-800-333-2227

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Gọi số 1-800-333-2227

ATENÇÃO: Se você fala português, utilize os serviços linguísticos gratuitos disponíveis. Ligue para 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Ligue para 1-800-333-2227

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1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770)。FEP: 請致電1-800-333-2227

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-352-2583 (ATS : 1-800-955-8770). FEP : Appelez le 1-800-333-2227

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Tumawag sa 1-800-333-2227

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-352-2583 (телетайп: 1-800-955-8770). FEP: Звоните 1-800-333-2227

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-352-253-008 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-0778-559-008). اتصل برقم 1-800-333-008-1.

ATTENZIONE: Qualora fosse l'italiano la lingua parlata, sono disponibili dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: chiamare il numero 1-800-333-2227

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: +1-800-352-2583 (TTY: +1-800-955-8770). FEP: Rufnummer +1-800-333-2227

주의: 한국어 사용을 원하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) 로 전화하십시오. FEP: 1-800-333-2227 로 연락하십시오.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: Zadzwoń pod numer 1-800-333-2227.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવા તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.

ફોન કરો 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP: **ફોન કરો** 1-800-333-2227

ประกาศ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โดยติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ **1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770)** หรือ **FEP** โทร **1-800-333-2227**

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。1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) まで、お電話にてご連絡ください。FEP: 1-800-333-2227

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی رایگان در دسترس شما خواهد بود. با شماره 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770) تماس بگیرید. FEP: با شماره 1-800-333-2227 تماس بگیرید.

Baa ákonínzin: Diné bizaad bee yáníłti'go, saad bee áká anáwo', t'áá jíík'eh, ná hóló. Kojí' hodíílnih 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8770). FEP ígíí' éí kojí' hodíílnih 1-800-333-2227.