

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

Debido a que nosotros, BayCare Health Plans rechazamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviar este formulario por correo o fax:

BayCare Health Plans  
P.O. Box 3710  
Troy, MI 48007

Número de fax:  
Insertar los números de fax del plan

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en [BayCarePlus.org](http://BayCarePlus.org). Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden hacerse telefónicamente llamando al (866) 509-5396.

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

### Información del afiliado

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del afiliado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de identificación del afiliado \_\_\_\_\_

### Complete la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado

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

Relación del solicitante con el afiliado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

### Documentación de representación para solicitudes de apelación hechas por alguien que no sea el afiliado o el médico que receta del afiliado

**Adjunte la documentación que muestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completo o un equivalente escrito)**

BayCare Health Plans es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción a BayCare Health Plans depende de la renovación del contrato.

**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 llame al 1-800-Medicare.**

**Medicamento cubierto que está solicitando**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Fuerza/Cantidad/Dosis: \_\_\_\_\_

¿Ha comprado el medicamento pendiente de apelación?  Sí  No

Si la respuesta es “Sí”:

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Monto pagado: \$ \_\_\_\_\_ (adjuntar copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Información del médico que receta**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

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

**Nota importante: Decisiones aceleradas**

Si usted o el médico que receta creen que esperar siete días para una decisión estándar podría dañar seriamente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si el médico que receta indica que esperar siete días podría dañar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las 72 horas. Si no obtiene el respaldo del médico que 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 CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS**

**(si tiene una declaración de respaldo del médico que receta, adjúntela a esta solicitud)**

**Explique sus motivos de la apelación.** Adjunte páginas adicionales, si corresponde. Adjunte cualquier información adicional que crea que pueda ayudar en su caso, como una declaración de su médico y los registros médicos pertinentes. Es posible que desee consultar la explicación que proporcionamos en el Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

---

---

---

---

**Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado o el médico que receta o representante del afiliado):**

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