

Solicitud de Redeterminación de Denegación de Medicamentos Recetados de Medicare

Banner Medicare Advantage rechazó su solicitud de cobertura de (o pago de) _____ (nombre del medicamento recetado). Usted tiene el derecho de solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Use este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días posteriores a la fecha de nuestro Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web www.BannerHealth.com/MA.
- Las solicitudes de apelación rápida se pueden hacer por teléfono, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana, con Banner Medicare Advantage Dual HMO D-SNP al 877-874-3930, TTY 711, o con Banner Medicare Advantage Prime HMO al 844-549-1857, TTY 711.

Su prescriptor puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Llame a Banner Medicare Advantage Dual al 877-874-3930, TTY 711, o a Banner Medicare Advantage Prime al 844-549-1857, TTY 711, para saber cómo nombrar a un representante.

Información de la persona inscrita al plan

Nombre del Inscrito: _____

Número de Identificación del Miembro: _____

Fecha de nacimiento (<mm/dd/yyyy>): _____

Dirección Postal: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

Información sobre la receta y el prescriptor

Nombre del medicamento que solicitó: _____

Potencia/cantidad/dosis: _____

Nombre del prescriptor: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono del consultorio: _____

Fax del consultorio: _____

Persona para contacto en el consultorio: _____

¿Ya compró este medicamento? Sí No

Si contestó SÍ:

Fecha de compra: _____ Cantidad pagada: _____ (adjuntar copia de los recibos)

Nombre de la Farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión rápida?

Marque esta casilla si cree que necesita una decisión dentro de las 72 horas. Si tiene una declaración de respaldo de su prescriptor, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o su prescriptor creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida).
- Si su prescriptor indica que esperar 7 días podría dañar seriamente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 72 horas. No puede solicitar una apelación rápida si nos pide que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya recibió.
- Si no obtiene el apoyo de su prescriptor para una apelación rápida, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debería estar cubierto

- Adjunte cualquier información adicional que crea que puede ayudar a su caso, como la declaración de su prescriptor o los registros médicos.
 - Incluya una copia del Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare
 - Su prescriptor tendrá que explicarle por qué no puede cumplir con las reglas de cobertura de nuestro plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.
 - Otra información que debemos de considerar: _____
-

Información del representante

Complete esta sección SOLAMENTE si la persona que hace esta solicitud no es el inscrito o la persona que emite la receta. Debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar al inscrito (como un formulario CMS-1696 completado o un equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, llame a Banner Medicare Advantage Dual al 877-874-3930, TTY 711, o a Banner Medicare Advantage Prime al 844-549-1857, TTY 711.

Nombre del representante: _____

Relación con el inscrito: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (el inscrito, el prescriptor o el representante):

Firma: _____ **Fecha:** _____

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

Dirección:

Banner Medicare Advantage
5255 E Williams Circle, Ste 2050
Tucson, AZ 85711

Número de Fax:

866-873-0029