

Solicitar la redeterminación de la denegación de un medicamento recetado

Dado que en Braven Health 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:
Braven Helath
**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.myprime.com**. Las solicitudes de apelación aceleradas se pueden hacer por teléfono al **855-457-0222 (TTY 711)**, 24 horas, los siete (7) días de la semana.

¿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: _____

MyPrime es un sitio web de beneficios farmacéuticos que es de propiedad y administración de Prime Therapeutics, LLC, una compañía independiente que ofrece servicios de administración de beneficios farmacéuticos.

Los productos son proporcionados por Healthier New Jersey Insurance Company, Inc., que actúa bajo el nombre comercial Braven Health. Las comunicaciones son emitidas por Horizon Healthcare Services, Inc., que actúa bajo el nombre comercial Horizon BCBSNJ, en calidad de administrador de programas y relaciones con proveedores para todas sus compañías. Ambas son licenciatarias independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. Los nombres y los símbolos de Blue Cross® y Blue Shield® son marcas registradas de Blue Cross Blue Shield Association. El nombre y los símbolos de Horizon® son marcas registradas de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey. ©2020 Braven Health, Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105.

Braven Health cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina, excluye ni trata de forma diferente a las personas según su raza, color, género, nacionalidad, edad, discapacidad, embarazo, identidad de género, sexo, orientación sexual o estado de salud en la administración del plan, incluidas las determinaciones sobre inscripción y beneficios. Braven Health proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades (p. ej. intérpretes calificados e información en otros formatos) y a personas cuyo idioma principal no sea el inglés (p. ej. información en otros idiomas) para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva.

Comunicarse con Servicios a los miembros

Llame a Servicios a los miembros al **1-833-272-8360 (TTY 711)** o al número de teléfono que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro, si necesita ayuda y servicios gratuitos mencionados anteriormente y por cualquier otro problema relativo a Servicios a los miembros.

Presentar un reclamo de la Sección 1557

Si considera que Braven Health no le proporcionó la ayuda y los servicios de comunicación gratuitos, o se sintió discriminado por uno de los motivos descritos anteriormente, puede presentar una queja por discriminación, que también se conoce como reclamo de la Sección 1557. Puede comunicarse con el coordinador de Derechos Civiles de Braven Health llamando al número de Servicios a los miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o escribiendo a:

Braven Health - Civil Rights Coordinator
PO Box 820
Newark, NJ 07101

También puede presentar un reclamo por derechos civiles ante el portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en línea en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>; por correo a **U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201** or by phone at **1-800-368-1019** or **1-800-537-7697 (TDD)**. Los formularios para quejas de la Oficina de Derechos Civiles están disponibles en **www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Asistencia con el idioma

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-833-272-8360 (TTY 711)**.

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 **1-833-272-8360 (TTY 711)**。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-833-272-8360 (TTY 711)번으로 전화해 주십시오.

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-833-272-8360 (TTY 711)**.

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

કરી **1-833-272-8360 (TTY 711)**.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-833-272-8360 (TTY 711)**.

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-833-272-8360 (TTY 711)**.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-833-272-8360** (رقم هاتف الصم والبكم 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-833-272-8360 (TTY 711)**.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-833-272-8360 (телефайп 711)**.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-833-272-8360 (TTY 711)**.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-833-272-8360 (TTY 711)** पर कॉल करें।

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-833-272-8360 (TTY 711)**.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-833-272-8360 (ATS 711)**.

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-833-272-8360 (TTY 711)**.