



Banner University Care Advantage

Banner – University Care Advantage HMO/SNP

2701 E. Elvira Road, Tucson, Arizona 85756

Customer Care Center (877) 874-3930 • TTY 711 • Fax (866) 465-8340

Nurse Now Hotline (888) 747-7990

www.BannerUCA.com

Solicitud para Redeterminación de Denegación de un Medicamento Recetado de Medicare

Debido a que nosotros, Banner – University Care Advantage HMO/SNP, negó su solicitud de cobertura de (o pago) un medicamento, usted tiene el derecho a solicitar una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene **60 días** desde la fecha del Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare para solicitar una redeterminación. Este formulario puede enviarse a nosotros por correo o fax:

Attention: Manager, Grievance and Appeals 2701 E. Elvira Rd.

Tucson, Arizona 85756

Fax: (866) 465-8340

BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com

También puede solicitar una apelación a través de nuestro sitio web www.BannerUCA.com.

Las solicitudes de apelación rápida pueden hacerse por teléfono llamando al (877) 874-3930, usuarios de TTY favor de llamar al 711.

Quién puede realizar una solicitud: Su prescriptor puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite la apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante legal. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrar a su representante.

Language Assistance Services

English | ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (877) 874-3930 (TTY: 711).

Español (Spanish) | ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (877) 874-3930 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese) | 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 (877) 874-3930 (TTY: 711)。

Medicamento recetado que está solicitando:

Nombre del Medicamento: _____

Concentración/Cantidad/Dosis: _____

¿Ha comprado el medicamento pendiente de apelación? Sí No

Si la respuesta es “Sí”:

Fecha de Compra: _____ Cantidad Pagada: \$ _____ (adjunte copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información del Médico Recetante

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona con quien comunicarse en el consultorio: _____

Nota importante: Decisiones rápidas

Si usted o su prescriptor piensan que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar seriamente su vida, la salud o la capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar por una decisión rápida (acelerada). Si su prescriptor indica que esperar 7 días podría perjudicar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de 72 horas. Si no obtiene ayuda de su prescriptor para una apelación rápida, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación rápida si nos está pidiendo que le reembolsemos por un medicamento que usted ha recibido.

MARQUE ESTA CASILLA SI PIENSA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 72 HORAS Si tiene una declaración de apoyo de su prescriptor, adjúntela a esta solicitud.

Por favor, explique sus razones para apelar. Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que crea que puede ayudar a su caso, como una declaración de su prescriptor y registros médicos relevantes. Le recomendamos 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 inscrito, el prescriptor del inscrito o el representante legal):

_____ **Fecha:** _____