



## Solicitud para Redeterminación de la Denegación de Medicamentos Recetados de Medicare

Debido a que nosotros, Molina Healthcare, denegamos su solicitud de cobertura (o de pago) de un medicamento recetado, tiene derecho a solicitar una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestra Notificación de Denegación de la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare para solicitar una redeterminación. Este formulario se puede enviar por correo o fax:

Dirección:  
7050 S Union Park Center Drive Suite 600  
Midvale, Utah 84047

Número de fax:  
(866) 290-1309

También puede solicitar una apelación a través de nuestro sitio web [www.mccofaz.com/dsnp](http://www.mccofaz.com/dsnp). Las solicitudes de apelaciones aceleradas se pueden realizar por teléfono al (800) 665-3086. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

**Quién Puede Presentar una Solicitud:** su recetador puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) solicite una apelación para usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo nombrar a un representante.

**Información del Inscrito**

Nombre del Inscrito \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del Inscrito \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de ID del Miembro del Inscrito: \_\_\_\_\_

**Llene la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el inscrito:**

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_

Relación del Solicitante con el Inscrito \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_

**Documentación de representación para las solicitudes de apelación presentadas por alguien que no es el inscrito ni el recetador del inscrito:**

**Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al inscrito (un Formulario de Autorización para Representación CMS-1696 completamente lleno o un equivalente por escrito) si no se envió a nivel de determinación de la cobertura.**

**Para obtener más información acerca de la designación de un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.**

**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 la compra: \_\_\_\_\_ Monto pagado: \$ \_\_\_\_\_ (adjuntar copia del recibo)

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

**Información del Recetador**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono del Consultorio \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Persona de Contacto del Consultorio \_\_\_\_\_

**Nota Importante: Determinaciones Aceleradas**

Si usted o su recetador consideran que la espera de 7 días para una determinación estándar podría perjudicar seriamente su vida, su salud o su capacidad de recuperar la función máxima, puede solicitar una determinación acelerada (rápida). Si su recetador indica que la espera de 7 días podría perjudicar seriamente su salud, le daremos automáticamente una determinación dentro de un plazo de 72 horas. Si no tiene el apoyo de su recetador para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una determinación rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si solicita un reembolso por un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DETERMINACIÓN DENTRO DE UN PLAZO DE 72 HORAS (si tiene una declaración de apoyo de su recetador, adjúntela a esta solicitud).**

**Explique los motivos de su apelación.** Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que considere que pueda ayudar a su caso, como una declaración de su recetador y la historia clínica correspondiente. Recomendamos enviar la explicación que proporcionamos en la Notificación de Denegación de la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare y hacer que su recetador aborde los criterios de cobertura del Plan, si están disponibles, según lo indicado en la carta de denegación del Plan o en otros documentos del Plan. Los comentarios de su recetador serán necesarios para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan o por qué los medicamentos que requiere el Plan no son médicamente apropiados para usted.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica.

<https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/multi-language-taglines.aspx>

Y0050\_24\_3714\_LRRedeMCarePresDrgDenLtr\_C