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. 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 a. m. a 8 p. m., hora local. Del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 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 _____

<u>Documentación de representación para las solicitudes de apelación presentadas por alguien que no es el inscrito ni el recetador del inscrito:</u>

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: _____

Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato con Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.
VA D-SNP Only: Molina Healthcare es un plan D-SNP con contrato con Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa de Medicaid Cardinal Care del Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia. La inscripción depende de la renovación del contrato.

CHP Only: Central Health Medicare Plan es una organización de mantenimiento de la salud (HMO) o una organización de mantenimiento de la salud (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Central Health Medicare Plan depende de la renovación del contrato.
NM D-SNP Only: Estos servicios están financiados en parte por el estado de Nuevo México.
https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/multi-language-taglines.aspx
https://centralhealthplan.com/Docs/Member/Multi_Lanugage_Insert.pdf
Y0050_22_445_LRedetRxDnal_C