Solicitud para Redeterminación de la Denegación de Medicamentos Recetados de Medicare

Molina Healthcare, Senior Whole Health of New York, Passport Advantage by Molina Healthcare, My Choice Wisconsin, ConnectiCare, o Central Health Medicare Plan rechazó su solicitud de cobertura (o el pago) de un medicamento recetado. Usted tiene el derecho de solicitar una revisión independiente (apelación) de nuestra decisión. **Utilice 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 para medicamentos recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en MolinaHealthcare.com/Medicare, mychoicewi.org, centralhealthplan.com, or connecticare.com.
- 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 a. m. a 8 p. m., hora local.

Es posible que su recetador solicite una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) presente una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Llámenos al (800) 665-3086 para obtener información sobre cómo nombrar un representante.

Información del afiliado al plan

Nombre del afiliado: _____

Número de identificación del miembro:_____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Dirección postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Información sobre recetas y recetadores

Nombre del medicamento que solicitó: _____

Concentración/cantidad/dosis: _____

Nombre del recetador:_____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono del consultorio:_____ _____ Fax del consultorio:_____

Persona de contacto del consultorio:_____

¿Ya compró este medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ:

Fecha de compra:_____ Monto pagado:_____ (adjunte copia del recibo)

Nombre de la farmacia:_____

Número de teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?

☐ **Marque esta casilla si considera que necesita una decisión dentro del plazo de 72 horas.** Si tiene una declaración de respaldo del recetador, adjúntela a esta solicitud.

- 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 médico le indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le daremos de manera automática una decisión dentro de las 72 horas. No puede solicitar una apelación acelerada si solicita el reembolso por un medicamento que ya recibió.
- Si no tiene el apoyo de su recetador para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una determinación rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debe estar cubierto

- Adjunte cualquier información adicional que considere que pueda ayudar a su caso, como una declaración de su recetador y la historia clínica correspondiente.
- Incluya una copia del Aviso de Denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare
- 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.
- Información adicional que debemos considerar: _____

  _____

Información del representante

Llene la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado ni el recetador del afiliado. Adjunte documentación que demuestre la facultad para representar al afiliado (un Formulario CMS-1696 completo o un equivalente por escrito) si no se envió a nivel de determinación de la cobertura. Para obtener más información, comuníquese con nosotros al (800) 665-3086; los usuarios de TTY deben 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 a. m. a 8 p. m., hora local.

Nombre del representante: _____

Relación con el inscrito: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado, el recetador o el representante):

Firma: _____ **Fecha:** _____

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

Dirección:	**Número de fax:**
7050 S Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, Utah 84047	(866) 290-1309

Aviso de disponibilidad (NOA)