



Solicitud de redeterminación de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare

Debido a que el plan Molina Dual Options Cal MediConnect, Plan Medicare-Medicaid negó su solicitud de cobertura de (o el pago) de un medicamento con receta, tiene el derecho de pedirnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestra Notificación de denegación de la cobertura para medicamentos con receta de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo postal o fax:

*Dirección:
7050 Union Park Center Drive, Suite 200
Midvale, Utah 84047*

*Número de fax:
(866) 290-1309*

También, puede pedir una apelación a través de nuestro sitio web MolinaHealthcare.com/Duals. Se pueden pedir solicitudes para una apelación acelerada por teléfono al (855) 665-4627.

¿Quién puede presentar una solicitud? Su persona autorizada a dar recetas puede pedirnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo nombrar un representante.

Información del afiliado

Nombre del afiliado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

N.º de identificación de plan del afiliado _____

Llene la siguiente sección SOLO si la persona presentando la solicitud no es el afiliado:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para las solicitudes de apelación realizadas por

una persona que no sea el afiliado o el persona autorizada a dar recetas del afiliado:

Adjunte la documentación que muestra la autoridad de la persona para representar al afiliado (un Formulario de autorización para representación CMS-1696 completo o un documento equivalente) si no se presentó durante la fase de determinación de cobertura. Si desea obtener más información sobre el nombramiento de un representante, comuníquese con su plan de salud o al 1-800-Medicare.

Medicamento con receta que solicita:

Nombre del medicamento: _____ Potencia/cantidad/dosis: _____

¿Ha comprado el medicamento de la apelación pendiente? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí":

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

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información del persona autorizada a dar recetas

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N.º de teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio _____

Nota importante: Determinaciones aceleradas

Si usted o el persona autorizada a dar recetas creen que esperar 7 días para una determinación estándar puede causar un daño grave a su vida, salud o capacidad de recobrar la función máxima, puede pedir una determinación acelerada (rápida). Si el persona autorizada a dar recetas indica que esperar 7 días puede dañar gravemente su salud, nosotros automáticamente realizaremos una determinación en un plazo de 72 horas. Si usted no obtiene el apoyo del persona autorizada a dar recetas para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una determinación rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si pide un reembolso para un medicamento que ya recibió.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DETERMINACIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS**

Si cuenta con una declaración de apoyo del persona autorizada a dar recetas, adjúntela a esta solicitud.

Por favor, explique los motivos de su apelación. Adjunte hojas adicionales, si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que usted crea que le puede ayudar en su caso, como una declaración del persona autorizada a dar recetas y la historia clínica correspondiente. Tal vez, necesite referirse a la explicación que le proporcionamos en la Notificación de denegación de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Firma de la persona solicitando la apelación (el afiliado, el proveedor persona autorizada a dar recetas o el representante):

Fecha: _____

El plan Molina Dual Options Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud con contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.