

Solicitud para una redeterminación

Si se le denegó su primera solicitud de determinación de cobertura, tiene el derecho de pedir una nueva determinación de cobertura, lo que incluye el pedido de medicamentos que no se encuentren en nuestra lista de medicamentos cubiertos. Esto recibe el nombre de apelación. Debe pedir una apelación dentro de los 60 días calendarios contados a partir de la primera denegación. Puede pedir más tiempo si tiene una buena razón por no cumplir con la fecha límite.

Puede pedir una excepción si cree que necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos. También puede solicitarnos excepciones a las siguientes reglas:

- Autorización previa
- Terapia escalonada
- Límite de cantidad

También puede solicitar una excepción de categoría si usted cree que debería recibir un medicamento a un costo compartido más bajo. Su médico debe indicarnos por qué necesita esta excepción.

Usted, su médico o su representante pueden solicitar una apelación urgente o estándar, por estos medios:

- Llamando al plan de Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid al número de teléfono que se encuentra al dorso de su tarjeta de identificación de Molina Dual Options
- Enviando su apelación por correo a Molina Dual Options a 7050 Union Park Center, Suite 600, Midvale, Utah 84074
 - Incluya su nombre, dirección, número de identificación de miembro y el motivo de su apelación

Si su apelación consiste en un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos, su médico debe indicar que todos los demás medicamentos de la lista no serán eficaces para usted. Entonces consideraremos su caso. Si se deniega su apelación, puede solicitar que alguien externo a Molina Healthcare la revise. Si no está de acuerdo con su decisión, solicite otra apelación. Si esto ocurre, se le notificarán sus derechos de apelación.

Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud con contratos con Medicare y Michigan Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.

Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita.

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