



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

Debido a que en Molina Dual Options MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) negamos su solicitud de cobertura (o el pago) de un medicamento recetado, usted tiene el derecho a 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 recetados 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](http://MolinaHealthcare.com/Duals). Se pueden solicitar apelaciones aceleradas por teléfono al (855) 665-4623, 4623 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

**Quién puede presentar una solicitud:** La 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 recetado 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 de la 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 la 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 la 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 de la 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 de la 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 de la 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 para la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

---

---

---

---

**Firma de la persona solicitando la apelación (el afiliado, el proveedor que realiza la receta o el representante del afiliado):**

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

El plan Molina Dual Options MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que contrata con Medicare y Medicaid de Ohio para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede obtener gratuitamente este documento en otros formatos, tales como letra grande, braille o audio. Llame al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

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

H5280\_19\_16520\_498\_OHMMPRxRedtm es Accepted 10/14/2018