



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

Debido a que el plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid negó 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 con receta de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo postal o fax:

Dirección: 7050 Union Park Center Drive,
Suite 600
Midvale, UT 84047

Número de fax: (866) 290-1309

También, puede pedir una apelación a través de nuestro sitio web, en: MolinaHealthcare.com/Duals. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas y apelaciones, ingrese en: <http://www.molinahealthcare.com/members/sc/en-US/mem/duals/quality/gna/Pages/gna.aspx> Las solicitudes de apelaciones aceleradas (también llamadas “revisiones rápidas” o “apelaciones rápidas”) pueden presentarse por teléfono al (855) 735-5831.

¿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 miembro

Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del miembro _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación del miembro _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que presenta esta solicitud no es el miembro:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con el miembro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes de apelaciones presentadas por una persona que no sea el miembro ni el profesional prescriptor:

Adjunte la documentación que muestra la autoridad de la persona para representar al miembro (un formulario completo de autorización de representación CMS-1696 o un documento equivalente) si no se presentó durante la fase de determinación de la 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.

<p>Firma de la persona que solicita la apelación (el miembro, el profesional prescriptor o el representante del miembro):</p> <p>_____ Fecha: _____</p>

El plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid es un plan de salud que contrata con Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede solicitar este documento sin costo en otros formatos, como letra grande, sistema Braille o audio. Llame al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica.

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

H2533_19_16917_219_SCMMPRXDeterm es Accepted 9/17/2018