

Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare

Debido a que nosotros, Optum Rx, denegamos su solicitud de cobertura (o pago de) un medicamento recetado, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Este formulario puede ser enviado por correo o fax:

Dirección:

Departamento de Autorización Previa de Optum Rx
c/o Coordinador de Apelaciones
Apartado Postal 2975
Misión, KS 66201

Número de fax:

1-877-239-4565

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en www.optumrx.com. Las solicitudes de apelación acelerada se pueden hacer por teléfono al 1-800-707-8194.

Quién puede hacer una solicitud: Su médico puede solicitarnos 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. Póngase en contacto con nosotros para saber cómo nombrar a un representante.

Enrollee's Information

Nombre del afiliado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación de miembro del afiliado _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace esta 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 presentadas por alguien que no sea el afiliado o la persona que emite la receta del afiliado:

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o un equivalente escrito) si no se presentó a nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Medicamento recetado que está solicitando:

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

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

En caso afirmativo:

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

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información del prescriptor

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la oficina _____ Fax _____

Persona de contacto de la oficina _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o su médico creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría dañar seriamente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su médico indica que esperar 7 días podría dañar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de las 72 horas. Si no obtiene el apoyo de su médico para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya recibió.

- ☐ **MÁRQUESE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de su médico, adjúntela a esta solicitud).**

Sírvase explicar las razones por las que apela. Adjunte páginas adicionales, si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que crea que puede ayudar a su caso, como una declaración de su médico y registros médicos relevantes. Es posible que desee consultar la explicación que proporcionamos en el Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pedirle a su médico que aborde los criterios de cobertura del plan, si están disponibles, como se indica en la carta de denegación del plan o en otros documentos del plan. Se necesitará la opinión de su médico para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el Plan no son médicamente apropiados para usted.

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado o el representante):**Fecha:** _____