

Solicitud de Redeterminación de la Denegación de un Medicamento de Venta con Receta de Medicare

Dado que Optum Rx denegó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento de venta con receta, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o fax:

Dirección:

Optum Rx Prior Authorization Appeals
PO Box 2975
Mission, KS 66201

Número de Fax: 877.239.4565

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio de Internet en BSWHealthPlan.com/Medicare. Las solicitudes de apelación rápida se pueden presentar por teléfono al 888.403.3398.

Quién Puede Presentar una Solicitud: El profesional que receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un miembro de su familia o un amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo nombrar a un representante.

Información del Afiliado

Nombre del Afiliado _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección del Afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Número de Id. de Miembro del Afiliado _____

Llene la siguiente sección SOLAMENTE si la persona que presenta 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 solicitudes de apelación presentadas por una persona que no sea el afiliado ni el profesional que le receta al afiliado:

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (un Formulario CMS-1696 Nombramiento de un Representante llenado o un documento equivalente por escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura.

Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Medicamento de venta con receta que solicita:

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

¿Compró el medicamento de la apelación pendiente? Sí No

Si respondió "Sí":

Fecha de compra: _____ Cantidad pagada: \$ _____ (adjunte copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información del Profesional que Receta

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Consultorio _____ Fax _____

Persona de Contacto en el Consultorio _____

Nota Importante: Decisiones Rápidas

Si usted o el profesional que receta creen que esperar 7 días para recibir una decisión estándar podría poner en grave peligro su vida, su salud o su capacidad para recuperarse completamente, usted puede solicitar una decisión rápida. Si el profesional que receta indica que esperar 7 días podría poner en grave peligro su salud, le comunicaremos automáticamente una decisión dentro de las 72 horas. Si usted no obtiene el respaldo del profesional que receta para solicitar una apelación rápida, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación rápida para pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo del médico que receta, adjúntela a esta solicitud).

Explique los motivos por los que apela. Si es necesario, adjunte más páginas. Adjunte cualquier información adicional que usted crea que podría ayudar a su caso, como una declaración del profesional que receta y los registros médicos pertinentes. Sería conveniente que consulte la explicación que proporcionamos en el Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta de Medicare y que le pida al profesional que receta que considere los criterios de cobertura del Plan, si están disponibles, según se indica en la carta de denegación del Plan o en otros documentos del Plan. Será necesario que el profesional que receta explique por qué usted no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan 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: _____