Solicitud de Redeterminación de Denegación de Medicamentos con Receta de Medicare

[Part D plan sponsor] denegó su solicitud de cobertura de (o pago de) [name of prescription drug]. Usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Use este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación en un plazo no mayor de 65 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en www.optumrx.com.
- Las solicitudes de apelación rápida se pueden hacer por teléfono al 1-888-403-3398.

El profesional que receta puede solicitar una apelación en nombre de usted. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) presente una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Llámenos al 1-888-403-3398 para saber cómo nombrar a un representante.

Información del miembro del plan

Nombre del miembro: _____

Número de ID de miembro: _____Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): _____

Dirección postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Información del medicamento con receta y del profesional que receta

Nombre del medicamento que usted pidió: _____

Concentración/cantidad/dosis: _____

Nombre del profesional que receta: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono del consultorio: _____ Fax del consultorio: _____

Persona de contacto del consultorio: _____

¿Ya compró este medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si respondió SÍ:

Fecha de compra: _____Cantidad pagada: _____ (adjunte una copia del recibo)

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión rápida?

☐ **Marque esta casilla si cree que necesita una decisión en un plazo no mayor de 72 horas.** Si tiene una declaración de respaldo del profesional que receta, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o el profesional que receta creen que esperar 7 días para recibir una decisión estándar podría representar un grave peligro para su vida, su salud o su capacidad para recuperarse completamente, pueden solicitar una decisión rápida.
- Si el profesional que receta indica que esperar 7 días podría afectar gravemente su salud, le comunicaremos automáticamente una decisión en un plazo no mayor de 72 horas. No puede solicitar una apelación rápida para pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya obtuvo.
- Si usted no obtiene el respaldo del profesional que receta para solicitar una apelación rápida, decidiremos si su caso amerita una decisión rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debería estar cubierto

- Adjunte información adicional que considere que podría ayudar a su caso, como una declaración del profesional que receta o registros médicos.
- Incluya una copia del Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos de Venta con Receta de Medicare
- El profesional que receta deberá explicar por qué usted no puede cumplir las reglas de cobertura de nuestro plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.
- Otra información que deberíamos considerar: _____

_____

Información del representante

Llene esta sección SOLAMENTE si la persona que presenta esta solicitud no es el miembro ni el profesional que receta del miembro. Usted debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar al miembro (como un Formulario CMS-1696 llenado o un documento por escrito equivalente) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, llámenos al 1-888-403-3398.

Nombre del representante: _____

Relación con el miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (el miembro, el profesional que receta o el representante):

Firma: _____ **Fecha:** _____

Envíe el formulario llenado por fax o correo postal, y cualquier información de respaldo a:

Dirección:	**Número de Fax:**
Optum Rx c/o Appeals Coordinator P.O. Box 2975 Mission, KS 66201	1-877-239-4565