

Solicitud de Redeterminación tras Denegación de Medicamentos Recetados de Medicare

Texas Independence Health Plan le ha denegado su solicitud de cobertura de (o el pago de) un medicamento recetado. Usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Utilice este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días posteriores a la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en www.txindependencehealthplan.com.
- Las solicitudes de apelación aceleradas se pueden hacer por teléfono en 866-213-1594.

Su médico puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Llámenos al 833-471-8447 para saber cómo nombrar a un representante.

Información del afiliado al plan

Nombre del afiliado: _____

Número de identificación del miembro: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

La dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Medicamento Recetado y Prescriptores

Nombre del medicamento que solicitó: _____

Concentración / cantidad / dosis: _____

Nombre del prescriptor: _____

Dirección de la oficina: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono de oficina: _____ Fax de oficina: _____

Persona de contacto de la oficina: _____

¿Ya compró este medicamento? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí":

Fecha de la compra: _____ Importe pagado: _____ (adjuntar copia del recibo)

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión acelerada?

☐ **Marque 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.

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

Explique por qué cree que este medicamento debería estar cubierto

- Adjunte cualquier información adicional que crea que pueda ayudar a su caso, como una declaración de su médico o registros médicos.
- Incluya una copia del Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare
- Su médico deberá explicarle por qué no puede cumplir con las reglas de cobertura de nuestro plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.
- Otra información que debemos tener en cuenta: _____

Información del representante

Complete esta sección SOLO si la persona que realiza la solicitud no es el afiliado ni su médico. Debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar al afiliado (como el Formulario CMS-1696 completo o un documento equivalente) si no se presentó en la determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar un representante, llámenos 833-471-8447.

Nombre del representante: _____

Relación con el afiliado: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado, el prescriptor o el representante):

Firma: _____ **Fecha:** _____

Envíe por fax o correo su formulario completo y cualquier información de respaldo a:

Dirección postal:

MedImpact c/o Texas Independence Health Plan

ATTN: Appeals Department

10181 Scripps Gateway Ct., San Diego, CA 92131

Número de fax:

877-503-7231