



TEXAS INDEPENDENCE HEALTH PLAN

Solicitud de redeterminación tras denegación de medicamentos recetados de Medicare

Medicare Puesto que Texas Independence Health Plan le ha denegado su solicitud de cobertura de (o el pago de) un medicamento recetado, usted tiene derecho a solicitar una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Para pedirnos una redeterminación, tiene usted 60 días a partir de la fecha de nuestra notificación de denegación de cobertura de medicamentos recetados por Medicare. Nos debe hacer llegar el documento por correo o por fax:

DIRECCIÓN

MedImpact c/o Texas Independence Health Plan
Attn: Appeals Department
10181 Scripps Gateway Ct.
San Diego, CA 92131

FAX NUMBER

1-877-503-7231

También puede solicitarnos la apelación mediante el sitio web txindependencehealthplan.com. Las solicitudes de apelación rápida pueden realizarse por teléfono al 866-213-1594.

QUIÉNES PUEDEN PRESENTAR UNA SOLICITUD

El profesional que emite la receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para conocer de qué manera puede nombrar a un representante.

QUIÉNES PUEDEN PRESENTAR UNA SOLICITUD

Nombre del afiliado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ N.º de ID del miembro afiliado _____

Complete la siguiente sección ÚNICAMENTE 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 un tercero distinto del afiliado o por el profesional que emite la receta:

Adjunte la documentación que manifiesta la autorización para representar al afiliado (un documento de autorización de representación CMS-1696 o un documento escrito equivalente) si es que no se envió en el momento de determinación de la cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.

MEDICAMENTO RECETADO QUE SOLICITA:

Nombre del medicamento _____ Concentración/cantidad/dosis _____

¿Ha comprado el medicamento cuya autorización está pendiente? Sí No

Si la respuesta es “sí”: _____

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

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE EMITE LA 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 emite la receta consideran que esperar 7 días el resultado de una decisión habitual podría poner en peligro su vida, su salud o su probabilidad de recuperar el máximo de sus funciones, puede solicitar una decisión rápida. Si el profesional que emite la receta indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, automáticamente tendremos lista una decisión en el plazo de 72 horas. Si usted no puede obtener el apoyo del profesional que emite la receta para conseguir una apelación rápida, nosotros decidiremos si su caso precisa de una decisión rápida. No puede pedir una decisión rápida si nos pide que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA RECIBIR UNA DECISIÓN EN EL PLAZO DE 72 HORAS
(si tiene una declaración de respaldo de parte del profesional que emite la receta, adjúntela a la solicitud).

Describa los motivos por los que solicita la apelación. Adjunte más páginas, si es necesario. Adjunte toda información que usted considere que puede aportar a su caso, como puede ser la declaración del profesional que emite la receta y los registros médicos que sean relevantes. Le sugerimos que consulte la explicación que brindamos en la Notificación de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado, el profesional que emite la receta en nombre del afiliado o su representante):

_____ Fecha: _____