



Solicitud de redeterminación de la denegación de un medicamento recetado de Medicare

South Country Health Alliance denegó su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado. Usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Use este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días a partir de 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 www.mnscha.org.
- Las solicitudes de apelación expeditiva pueden hacerse por teléfono al 1-866-567-7242. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o 711.

Su médico recetador puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente una apelación en su nombre, dicha persona debe ser su representante. Llámenos al 1-866-567-7272, los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o 711, para saber cómo nombrar a un representante.

Información del afiliado al plan

Nombre del afiliado: _____

Número de identificación de miembro: _____

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

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Información de la receta y del médico recetador

Nombre del medicamento que usted solicitó: _____

Concentración/cantidad/dosis: _____

Nombre del médico recetador: _____

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 la respuesta es Sí:

Fecha de compra: _____ Monto pagado: _____ (adjunte copia del recibo)

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión expeditiva (rápida)?

☐ **Marque esta casilla si cree que necesita una decisión dentro de 72 horas.** Si tiene una declaración de respaldo de su médico recetador, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o su médico recetador creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, salud o capacidad para recuperar el máximo de sus funciones, pueden solicitar una decisión expeditiva (rápida).
- Si su médico recetador indica que esperar 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le comunicaremos automáticamente una decisión dentro de 72 horas. No puede solicitar una apelación expeditiva si nos solicita que le devolvamos el importe de un medicamento que ya recibió.
- Si no recibe el apoyo de su médico recetador para una apelación expeditiva, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

Explique el motivo por el cual cree que este medicamento debe estar cubierto

- Adjunte cualquier información adicional que crea que pueda ayudar a su caso, como una declaración de su médico recetador o sus registros médicos.
- Incluya una copia del Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare
- Su médico recetador deberá explicarle el motivo por el cual usted no puede cumplir con las reglas de cobertura de nuestro plan o el motivo por el cual 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 esta solicitud no es el afiliado ni el médico recetador del afiliado. Debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar al afiliado (como un Formulario CMS-1696 completado o un equivalente escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar un representante, llámenos al 1-866-567-7272, los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-627-3529 o 711.

Nombre del representante: _____

Relación con el afiliado: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

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

Firma: _____ Fecha: _____

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

Dirección: South Country Health Alliance
Attn: Grievance and Appeals Dept.
6380 West Frontage Road
Medford, MN 55049

Número de fax: Estándar (855) 446-7904
Expeditiva (855) 446-7902