



An Anthem Company



Request for Redetermination of Medicare Prescription Drug Denial

Because we, Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare- Medicaid Plan), denied your request for coverage of (or payment for) a prescription drug, you have the right to ask us for a redetermination (appeal) of our decision. You have 60 days from the date of our Notice of Denial of Medicare Prescription Drug Coverage to ask us for a redetermination. This form may be sent to us by mail or fax:

Address:
Complaints, Appeals & Grievances
Mailstop: OH0205-A537, 4361 Irwin Simpson Rd
Mason, OH, 45040

Fax Number:
1-888-458-1407

You may also ask us for an appeal through our website at www.myamerigroup.com/txmmp. Expedited appeal requests can be made by phone at 1-833-232-1711, TTY users can call 711, 24 hours a day, 7 days a week. For additional information you may also call STAR+PLUS MMP Help Line at 1-877-782-6440, Monday through Friday from 8 a.m. to 6 p.m. Central time. TTY users should call 1-800-735-2989.

Who May Make a Request: Your prescriber may ask us for an appeal on your behalf. If you want another individual (such as a family member or friend) to request an appeal for you, that individual must be your representative. Contact us to learn how to name a representative.

Enrollee's Information

Enrollee's Name _____ Date of Birth _____
Enrollee's Address _____
City _____ State _____ Zip Code _____
Phone _____
Enrollee's Member ID Number _____

Complete the following section ONLY if the person making this request is not the enrollee:

Requestor's Name _____
Requestor's Relationship to Enrollee _____
Address _____
City _____ State _____ Zip Code _____
Phone _____

Representation documentation for appeal requests made by someone other than enrollee

or the enrollee's prescriber:

Attach documentation showing the authority to represent the enrollee (a completed Authorization of Representation Form CMS-1696 or a written equivalent) if it was not submitted at the coverage determination level. For more information on appointing a representative, contact your plan or 1-800-Medicare, 24 hours a day, 7 days a week. TTY users call: 1-877-486-2048

Prescription drug you are requesting:

Name of Drug: _____ Strength/quantity/dose: _____

Have you purchased the drug pending appeal? Yes No

If "Yes": Date purchased: _____ Amount paid: \$ _____ (attach copy of receipt)

Name and telephone number of pharmacy: _____

Prescriber's Information

Name _____

Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Office Phone _____ Fax _____

Office Contact Person _____

Important Note: Expedited Decisions

If you or your prescriber believe that waiting 7 days for a standard decision could seriously harm your life, health, or ability to regain maximum function, you can ask for an expedited (fast) decision. If your prescriber indicates that waiting 7 days could seriously harm your health, we will automatically give you a decision within 72 hours. If you do not obtain your prescriber's support for an expedited appeal, we will decide if your case requires a fast decision. You cannot request an expedited appeal if you are asking us to pay you back for a drug you already received.

CHECK THIS BOX IF YOU BELIEVE YOU NEED A DECISION WITHIN 72 HOURS. (if you have a supporting statement from your prescriber, attach it to this request).

Please explain your reasons for appealing. Attach additional pages, if necessary. Attach any additional information you believe may help your case, such as a statement from your prescriber and relevant medical records. You may want to refer to the explanation we provided in the Notice of Denial of Medicare Prescription Drug Coverage and have your prescriber address the Plan's coverage criteria, if available, as stated in the Plan's denial letter or in other Plan documents. Input from your prescriber will be needed to explain why you cannot meet the Plan's coverage criteria and/or why the drugs required by the Plan are not medically appropriate for you.

Signature of person requesting the appeal (the enrollee, or the representative):

_____ **Date:** _____

Amerigroup STAR+ PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan) is a health plan that contracts with both Medicare and Texas Medicaid plan to provide benefits of both programs to enrollees.

Solicitud de redeterminación de denegación de medicamentos recetados de Medicare

Debido a que nosotros, Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare- Medicaid Plan), denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, usted tiene derecho a pedir una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días desde la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare para solicitar una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo electrónico o por fax:

Dirección:
Complaints, Appeals & Grievances
Mailstop: OH0205-A537, 4361 Irwin Simpson Rd
Mason, OH, 45040

Número de fax:
1-888-458-1407

También puede pedir una apelación mediante nuestro sitio web en www.myamerigroup.com/txmmp. Las solicitudes urgentes de apelaciones se pueden hacer por teléfono al 1-833-232-1711, los usuarios de TTY pueden llamar al 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener información adicional, puede llamar a la línea de ayuda de STAR+PLUS MMP al 1-877-782-6440, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. hora central. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2989.

Quién puede presentar una solicitud: Su médico puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) solicite una apelación por usted, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para saber cómo designar un representante.

Información de afiliado

Nombre del afiliado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación del miembro _____

Complete la siguiente sección SOLO 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 alguien que no es el afiliado ni el médico del afiliado:

Se debe adjuntar documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado

(un formulario CMS-1696 de Autorización de representación o documento equivalente por escrito) si no se la presentó en el momento de la determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, contáctese con su plan o llame al 1-800-Medicare las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-877-486-2048

Medicamento recetado que solicita:

Nombre del medicamento: _____ Concentración/Cantidad/Dosis: _____

¿Ha comprado el medicamento estando 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 médico que emite las recetas

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la oficina _____ Fax _____

Persona de contacto en la oficina _____

Nota importante: Decisiones urgentes

Si usted o su médico creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría dañar seriamente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la funcionalidad máxima, puede pedir una decisión urgente (rápida). Si su médico indica que esperar 7 días puede dañar de manera grave su salud, automáticamente le comunicaremos una decisión dentro de un período de 72 horas. Si no obtiene el respaldo de su médico para una apelación urgente, nosotros decidiremos si su caso amerita una decisión rápida. No puede solicitar una apelación urgente si su intención es pedirnos que le devolvamos el pago de un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE UN PERÍODO DE 72 HORAS. (Si cuenta con una declaración de respaldo de su médico, adjúntela a esta solicitud).

Explique los motivos de su apelación. Si es necesario, adjunte hojas adicionales. Adjunte cualquier otra información adicional que crea que pueda ayudar a resolver su caso, como una declaración de su médico y expedientes médicos pertinentes. Le recomendamos consultar la explicación que damos en el Aviso de denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y pedirle a su médico que revise 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 su médico explique por qué usted no cumple con los criterios de cobertura del Plan o por qué los medicamentos requeridos por el Plan no son adecuados para usted desde el punto de vista médico.

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

Fecha: _____

Amerigroup STAR+PLUS MMP (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con tanto Medicare como Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a los inscritos.

Documento adjunto: Aviso 1557