



## **Solicitud de Redeterminación de la Denegación de la Cobertura de Medicamentos que Requieren Receta Médica de Medicare**

Debido a que nosotros, Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan), rechazamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento que requiere receta médica, usted tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días desde la recepción del Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos que Requieren Receta Médica de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección:  
Buckeye Health Plan – MyCare Ohio  
Attention: Medicare Pharmacy Appeals  
P.O. Box 31383  
Tampa, FL 33631-3383

Número de Fax:  
1-866-388-1766

También puede solicitarnos una apelación en nuestro sitio web en [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com). Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden hacerse por teléfono llamando al 1-866-549-8289 (TTY: 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, puede dejar un mensaje. Se le devolverá la llamada dentro del siguiente día hábil.

**Quién Puede Hacer una Solicitud:** la persona que le receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o un amigo) solicite una apelación en su nombre, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo designar a un representante.

**Información de la Persona Inscrita**

Nombre de la persona inscrita \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección de la Persona Inscrita \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Número de identificación de la persona inscrita \_\_\_\_\_

**Complete la siguiente sección SOLO si la persona que hace esta solicitud no es la persona inscrita:**

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_

Relación del Solicitante con la Persona Inscrita \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Documentación de representación para las solicitudes de apelación hechas por otra persona que no sea la persona inscrita o la persona que le receta:**

**Adjunte la documentación que demuestre la autoridad para representar a la persona inscrita (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o un documento equivalente por escrito), si no se presentó en el nivel de determinación de la cobertura. Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227) (TTY: 1-877-486-2048), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.**

**Medicamento que requiere receta médica que usted está solicitando:**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Concentración/cantidad/dosis: \_\_\_\_\_

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

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de la compra: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada: \$ \_\_\_\_\_  
(adjunte una copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Información de la Persona que Receta**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono del Consultorio \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Persona de Contacto en el Consultorio \_\_\_\_\_

**Nota Importante: Decisiones Aceleradas**

Si usted o la persona que le receta consideran que la espera de 7 días para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar una función al máximo, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que le receta indica que la espera de 7 días podría perjudicar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 72 horas. Si no tiene el respaldo de la persona que le receta para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona que le recetó el medicamento, adjúntela a esta solicitud).**

**Explique los motivos de su apelación.** Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Adjunte toda información adicional que considere que puede ayudar con su caso, como una declaración de la persona que le receta y los expedientes médicos relevantes.

Recomendamos que se remita a la explicación que brindamos en el Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos que Requieren Receta Médica de Medicare y que le pida a la persona que le receta que aborde los criterios de cobertura del Plan, si se encuentran disponibles, como se establecen en la carta de denegación del Plan o en los otros documentos del Plan. Los aportes de la persona que le receta serán necesarios para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan y/o por qué los medicamentos que el Plan requiere no son médicamente adecuados para usted.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma de la persona que solicita la apelación (la persona inscrita o su representante):**\_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_