



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:
Centene Corporation
Attn: Appeals and Grievances/Medicare Operations
7700 Forsyth Blvd
Saint Louis, MO 63105

Número de fax:
1-844-273-2671

También puede solicitarnos una apelación en nuestro sitio web en <http://mmp.buckeyehealthplan.com>.

Las solicitudes de apelaciones aceleradas se pueden hacer por teléfono al 1-866-549-8289. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, quizás se le solicite que deje 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 en el plan _____

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 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 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 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 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 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 receta y los expedientes médicos relevantes. Recomendamos que se remita la explicación que brindamos en el aviso de denegación de la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare.

Firma de la persona que solicita la apelación (la persona inscrita, la persona que receta o su representante):

Fecha

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Ohio para brindar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Para obtener más información, llame al Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye o consulte el Manual del Afiliado de Buckeye. Los beneficios pueden cambiar el 1.º de enero de cada año.

Es posible que se modifique la Lista de Medicamentos Cubiertos o las redes de farmacias y de proveedores durante el año. Le enviaremos un aviso antes de realizar un cambio que le afecte.

Puede obtener esta información de manera gratuita en otros idiomas. Llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, quizás se le solicite que deje un mensaje. Se le devolverá la llamada dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Usted puede obtener esta información gratuitamente en otros idiomas. Llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada durante el próximo día hábil. La llamada es gratis.

Aviso de No Discriminación. Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Buckeye Health Plan no excluye ni trata diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

Buckeye Health Plan:

- Brinda servicios y ayuda gratis a las personas con discapacidades para comunicarse efectivamente con nosotros; por ejemplo, intérpretes capacitados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Brinda servicios de idiomas gratis para las personas cuya lengua materna no sea el inglés; por ejemplo, intérpretes capacitados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan llamando al 1-866-549-8289 (TTY: 711).

Si usted considera que Buckeye Health Plan no proporcionó estos servicios o que lo discriminó de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, podrá llamar al número que figura arriba para presentar una queja formal o para informarles que necesita ayuda para presentar una queja formal. El Departamento de Servicios al Afiliado de Buckeye Health Plan está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja sobre sus derechos civiles por medio del Departamento de Salud y Servicios

Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o por teléfono al: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697).

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Servicios de Idioma

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-549-8289 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-549-8289 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電1-866-549-8289 (TTY: 711)。

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-866-549-8289 (TTY: 711).

مقرب لصتا. ناجملاب لك رفاوتت تيوغلا دة عاسما تامدخ نإف، تميز لجدلا تغللاب دثحتلا ديجت لا تنك إذا: تروظلم
1-866-549-8289 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Wann du Deitsch (Pennsylvania German / Dutch) schwetzsch, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-866-549-8289 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-549-8289 (телетайп: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-549-8289 (ATS : 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-549-8289 (TTY: 711).

XIYYEEFFANNA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-866-549-8289 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-549-8289 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-866-549-8289 (TTY: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-549-8289 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

AANDACHT: Als u nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige diensten. Bel 1-866-549-8289 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-866-549-8289 (телетайп: 711).

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-866-549-8289 (TTY: 711).

LA SOCO: Haddii aad ku hadasho Ingiriisi, adeegyada taageerada luqada, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa, Wac 1-866-549-8289 (TTY: 711).

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-866-549-8289 (टिक्वाइ: 711) ।