



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

Nos puede enviar este formulario por correo o fax:

Dirección:
5 River Park Place East
Suite 210
Fresno, CA 93720

Número de fax:
1-877-941-0480

También puede pedirnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-866-399-0928 o a través de nuestro sitio web en <http://mmp.buckeyehealthplan.com>. Los usuarios de TTY 711. El horario es de lunes a domingo de 8:00 a 8:00 PM.

Quién puede solicitar una determinación: la persona autorizada a dar recetas puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un miembro de la familia o amigo) solicite una determinación por usted, esa persona debe ser su representante. Para obtener información sobre cómo nombrar a un representante, póngase en contacto con nosotros.

Información de la persona inscrita

Nombre de la persona inscrita		Fecha de nacimiento
Dirección de la persona inscrita		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	N.º de identificación de miembro de la persona inscrita	

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza la solicitud no es la persona inscrita ni la persona autorizada a dar recetas:

Nombre del solicitante		
Relación del solicitante con la persona inscrita		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

Documentación de representación para las solicitudes realizadas por una persona que no sea la persona inscrita ni la persona autorizada a dar recetas:

Adjunte la documentación que certifique la autorización para representar a la persona inscrita (un Formulario CMS-1696 de Autorización de representación completo o un documento equivalente por escrito). Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, póngase en contacto con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento con receta que solicita (si lo sabe, incluya la concentración y la cantidad solicitada por mes):

Tipo de solicitud de determinación de cobertura

- Necesito un medicamento que no está en la Lista de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).*
- He estado tomando un medicamento que estaba incluido en la Lista de medicamentos cubiertos del plan, pero lo están por retirar o lo retiraron de la lista durante el año del plan (excepción al formulario).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que me recetó la persona autorizada a dar recetas.*
- Solicito una excepción al requisito que exige que trate primero con otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó la persona autorizada a dar recetas (excepción al formulario).*
- Solicito una excepción al límite del plan en cuanto a la cantidad de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir para poder obtener la cantidad que me recetó la persona autorizada a dar recetas (excepción al formulario).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto para el medicamento que recetó la persona autorizada a dar recetas que lo que cobra para otros medicamentos utilizados para tratar mi afección médica, y deseo pagar el copago más bajo (excepción de nivel).*
- He estado tomando un medicamento que, anteriormente, estaba en un nivel de copago más bajo, pero se lo está por cambiar o se lo cambió a un nivel de copago más alto (excepción del nivel).*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto por un medicamento que el que debería haberme cobrado.
- Deseo que me reembolsen el monto que pagué de mi bolsillo por un medicamento con receta cubierto.

***NOTA: si solicita una excepción al formulario o de nivel, la persona autorizada a dar recetas DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Es posible que las solicitudes sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de administración de utilización) requieran información de respaldo. La persona autorizada a dar recetas puede utilizar el documento adjunto “Información de respaldo para una solicitud de excepción o autorización previa” para respaldar su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjunte cualquier documento de respaldo*):

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o la persona autorizada a dar recetas creen que esperar 72 horas para una decisión estándar podría perjudicar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, pueden solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona autorizada a dar recetas indica que esperar 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, tomaremos una decisión dentro de las 24 horas. Si no obtiene el respaldo de la persona autorizada a dar recetas para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

No puede solicitar una determinación de cobertura acelerada si pide un reembolso para un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas, adjúntela a esta solicitud).

Firma:	Fecha:
---------------	---------------

Información de respaldo para la solicitud de excepción o autorización previa

Las solicitudes de EXCEPCIONAL FORMULARIO y DE NIVEL no pueden procesarse sin la declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas. Es posible que las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA requieran información de respaldo.

SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: al marcar esta casilla y fi abajo, certifi que aplicar el plazo de revisión estándar que tarda 72 horas podría poner en serio peligro la vida, la salud o la capacidad de la persona inscrita de recuperar la función máxima.

Información de la persona autorizada a dar recetas
Nombre

Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Fax
Firma de la persona autorizada a dar recetas		Fecha

Diagnóstico e información médica		
Medicamento:	Concentración y vía de administración:	Frecuencia:
Nuevo medicamento con receta O fecha de iniciación del tratamiento:	Duración esperada del tratamiento:	Cantidad:
Altura/peso:	Alergias a medicamentos:	Diagnóstico:
Razón de la solicitud		
<input type="checkbox"/> Medicamentos alternativos contraindicados o que el paciente ya probó, pero con resultados adversos (p. ej., toxicidad, alergia o falla terapéutica) [especifique a continuación: (1) medicamentos contraindicados o probados; (2) resultados adversos de cada uno; (3) si hubo falla terapéutica, duración del tratamiento con cada medicamento]		
<input type="checkbox"/> El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos importantes con el cambio de medicamento [especifique a continuación: resultados clínicos adversos importantes previstos]		
<input type="checkbox"/> Necesidad médica de una forma farmacéutica diferente o mayor [especifique a continuación: (1) formas farmacéuticas o dosis probadas; (2) explique razón médica]		
<input type="checkbox"/> Solicitud de excepción de nivel del formulario [especifique a continuación: (1) medicamentos del formulario o medicamentos preferidos contraindicados o que se probaron y no dieron resultado, o que se probaron y no resultaron tan efectivos como el medicamento solicitado; (2) si hubo falla terapéutica, duración del tratamiento con cada medicamento y resultados adversos; (3) si no fue lo suficientemente efectivo, duración del tratamiento con cada medicamento y resultados]		
<input type="checkbox"/> Otra (explique a continuación) Explicación requerida _____		

Buckeye Community Health Plan es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Ohio para proporcionar beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede obtener esta información en otros idiomas, en forma gratuita. Llame al 1-866-549-8289. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-750-0750. El horario de atención es de lunes a domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

You can get this information for free in other languages. Llame al 1-866-549-8289. The call is free. TTY users should call 1-800-750-0750. Hours are Monday through Sunday 8:00 AM to 8:00 PM.