

Solicitud de redeterminación de denegación de cobertura para medicamentos con receta

Debido a que nosotros, Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (un plan de Medicare y Medicaid) (Buckeye), rechazamos su solicitud de cobertura para (o pago de) un medicamento con receta, usted tiene el derecho de solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 90 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de denegación de la cobertura para medicamentos con receta para solicitarnos una redeterminación. Nos puede enviar este formulario por correo o fax:

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio
4349 Easton Way, Suite 400
Columbus, OH 43219

Número de fax: 1-844-273-2671

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

Las solicitudes de apelaciones aceleradas se pueden realizar por teléfono al 1-866-549-8289.

Quién puede realizar una solicitud: la persona autorizada a dar recetas puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un miembro de la familia o amigo) solicite una apelación 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 _____

Número de identificación del plan de la persona inscrita _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza la 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 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) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo nombrar a un representante, póngase en contacto con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Medicamento con receta que solicita:

Nombre del medicamento: _____ Concentración/cantidad/dosis: _____

¿Compró el medicamento en espera de la apelación? Sí No

Si la respuesta es "Sí":

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

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información de la persona autorizada a dar recetas

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Persona de contacto del consultorio _____

Nota importante: Decisiones aceleradas

Si usted o la persona autorizada a dar recetas creen que esperar 7 días 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 7 días podría perjudicar gravemente su salud, tomaremos automáticamente una decisión dentro de las 72 horas. Si no obtiene el respaldo de la persona autorizada a dar recetas para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si pide un reembolso para 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 autorizada a dar recetas, adjúntela a esta solicitud.

Explique las razones de su apelación. Adjunte páginas adicionales si es necesario. Adjunte la información adicional que crea que puede ayudar en su caso, como una declaración de la persona autorizada a dar recetas y registros médicos relevantes. Puede consultar la explicación que brindamos en el Aviso de denegación de la cobertura para medicamentos con receta.

Firma de la persona que solicita la apelación (la persona inscrita, la persona autorizada a dar recetas o el representante):

_____ **Fecha:** _____

Buckeye 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 gratis. 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.

This information is available for free in other languages.

You can call 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.