



**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA PARA MEDICAMENTOS CON RECETA**

Nos puede enviar este formulario por correo o fax:

Dirección:  
Medicare Parte D  
Antes Departamento de autorización  
P.O. Box 419069  
Rancho Cordova, CA 95741

Número de fax:  
1-877-941-0480

También puede pedirnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-866-549-8289 o a través de nuestro sitio web en [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com). Las horas son de 8 a.m. a 8 p.m. De lunes a viernes. Después de horas, los fines de semana y días festivos, se le puede pedir que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil.

**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).**

<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
---------------	---------------

**Información de respaldo para la solicitud de excepción o autorización previa**

Las solicitudes de EXCEPCIÓN FORMULARIO y DENIVEL 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.**

<b>Información de la persona autorizada a dar recetas</b>		
Nombre		
<b>Información de la persona autorizada a dar recetas</b>		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		Fax
Firma de la persona autorizada a dar recetas		Fecha

<b>Diagnóstico e información médica</b>		
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:
<b>Razón de la solicitud</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Medicamentos alternativos contraindicados o que el paciente ya probó, pero con resultados adversos (p. ej., toxicidad, alergia o falla terapéutica)</b> [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"/> <b>El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos importantes con el cambio de medicamento</b> [especifique a continuación: resultados clínicos adversos importantes previstos]		
<input type="checkbox"/> <b>Necesidad médica de una forma farmacéutica diferente o mayor</b> [especifique a continuación: (1) formas farmacéuticas o dosis probadas; (2) explique razón médica]		
<input type="checkbox"/> <b>Solicitud de excepción de nivel del formulario</b> [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"/> <b>Otra</b> (explique a continuación)		
<b>Explicación requerida</b> _____		

Buckeye Health Plan - MyCare Ohio (Medicare-Medicaid 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.

**Aviso de no discriminación.** Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Buckeye Health Plan no excluye a ninguna persona ni la trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Buckeye Health Plan: → Brinda asistencia y servicios gratis a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros como, por ejemplo, intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos (letra grande, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

→ Brinda servicios lingüísticos gratis a aquellas personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con Servicios para afiliados de Buckeye Health Plan al 1-866-549-8289 (los usuarios de TTY deben llamar al 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.

Si usted considera que Buckeye Health Plan no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo llamando al número que aparece arriba e informando que necesita ayuda para presentar el reclamo; el Departamento de Servicios para afiliados de Buckeye Health Plan está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. de manera electrónica a través del Office for Civil Rights Complaint Portal (Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles) disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo electrónico o a los teléfonos que figuran a continuación: 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 se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Multi-Language Insert

## Multi-language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-549-8289 (TTY: 711).

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

**Chinese Mandarin:** 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)。

**Chinese Cantonese:** 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-866-549-8289 (TTY: 711)。

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

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالجملة. اتصل برقم 1-866-549-8289 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

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

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

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

**Vietnamese:** 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).

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

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

**Italian:** 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).

**Japanese:** 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。

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

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

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

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

**Nepali:** आ्यान तपाइले नेपाली ुछ भने तपाइको िनित भाषा सहायता सेवाहा िनःशक तपमा उपलब्ध छ । फोन गनहोस िदनहोस: बोदनह  
1-866-549-8289 (टिटाइ: 711) ।