

**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS QUE  
REQUIEREN RECETA MÉDICA DE MEDICARE**

Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Dirección: Medicare Pharmacy  
Prior Authorization Department  
P.O. Box 31397  
Tampa, FL 33631-3397

Número de Fax:  
1-877-941-0480

También puede solicitarnos una determinación de cobertura por teléfono al 1-866-549-8289 (TTY: 711), o a través de nuestro sitio web [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com). El horario de atención para afiliados 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 receta puede pedirnos una determinación de cobertura en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o un amigo) haga una solicitud 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	N.º de Id. de Afiliado de la Persona Inscrita	

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

Nombre del Solicitante		
Relación del Solicitante con la Persona Inscrita		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		

**Documentación de representación para las solicitudes 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). 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.**

**Nombre del medicamento que requiere receta médica que solicita** (si lo sabe, incluya concentración y 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 del formulario). \*
- He estado usando un medicamento que estaba incluido previamente en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero que será retirado o fue retirado de esta lista durante el año del plan (excepción del formulario). \*
- Solicito autorización previa para el medicamento que la persona que receta me recetó. \*
- Solicito una excepción al requisito que indica que debo probar otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó la persona que receta (excepción del formulario). \*
- Solicito una excepción al límite del plan sobre el número de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir, de manera que pueda obtener el número de píldoras que me recetó la persona que receta (excepción del formulario). \*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago más alto por el medicamento recetado por la persona que receta que el que cobra por otro medicamento que trata mi afección, y quiero pagar el copago más bajo (excepción al nivel). \*
- He estado usando un medicamento que estaba incluido previamente en un nivel de copago más bajo, pero que se moverá o se movió a un nivel de copago más alto (excepción al nivel). \*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago por un medicamento más alto de lo que debería haberme cobrado.
- Quiero un reembolso por un medicamento que requiere receta médica cubierto que pagué de mi bolsillo.

**\*NOTA: Si solicita una excepción al nivel o del formulario, la persona que receta DEBE proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Las solicitudes sujetas a autorización previa (u otro requisito de Administración de la Utilización) pueden requerir**

**información de respaldo. La persona que receta puede utilizar la “Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa” adjunta para respaldar su solicitud.**

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

---

---

---

---

**Nota Importante: Decisiones Aceleradas**

Si usted o la persona que receta considera que la espera de 72 horas 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 72 horas podría perjudicar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión dentro de las 24 horas. Si no tiene el respaldo de la persona que receta para una solicitud acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una determinación de cobertura 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 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona que le recetó el medicamento, adjúntela a esta solicitud).**

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

**Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa**

Las solicitudes de EXCEPCIÓN AL NIVEL y DEL FORMULARIO no pueden procesarse sin una declaración de respaldo de la persona que receta. Las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA pueden requerir información de respaldo.

**SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que la aplicación del plazo de revisión estándar de 72 horas podría poner en grave peligro la vida o la salud de la persona inscrita o su capacidad de recuperar una función al máximo.**

Información de la Persona que Receta		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono del Consultorio	Fax	

**Información de la Persona que Receta**

Firma de la Persona que Receta

Fecha

**Información Médica y de Diagnóstico**

Medicamento:

Concentración y Vía de Administración:

Frecuencia:

Fecha de Inicio:

Duración Prevista de la Terapia:

Cantidad por 30 días:

 **NUEVO INICIO**

Altura/Peso:

Alergias a Medicamentos:

**DIAGNÓSTICO: enumere todos los diagnósticos que se tratan con el medicamento solicitado y los códigos ICD-10 correspondientes.**  
(Si la afección que se trata con el medicamento solicitado es un síntoma, p. ej., anorexia, pérdida de peso, dificultad para respirar, dolor en el pecho, náuseas, etc., proporcione el diagnóstico que causa los síntomas, si se conocen).

Códigos ICD-10

**Otros DIAGNÓSTICOS RELEVANTES:**

Códigos ICD-10

**HISTORIAL DE MEDICAMENTOS:** (para el tratamiento de las afecciones que requieren el medicamento solicitado)

**MEDICAMENTOS QUE SE HAN PROBADO**

(si el límite de cantidad es un problema, indique la dosis unitaria/dosis diaria total probada)

**FECHAS de las Pruebas con Medicamentos****RESULTADOS de las Pruebas Previas con Medicamentos FRACASO frente a INTOLERANCIA (explique)**

¿Cuál es el régimen actual de medicamentos de la persona inscrita para las afecciones que requieren el medicamento solicitado?

**SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS**

¿Hay alguna **CONTRAINDICACIÓN OBSERVADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS** (por sus siglas en inglés, FDA) al medicamento solicitado?  **SÍ**  **NO**

¿Hay alguna inquietud por una **INTERACCIÓN CON LOS MEDICAMENTOS** relacionada con la adición del medicamento solicitado al régimen actual de medicamentos de la persona inscrita?

 **SÍ**  **NO**

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas mencionadas anteriormente es sí, 1) explique el problema, 2) analice los beneficios frente a los riesgos potenciales a pesar de la preocupación mencionada y 3) mencione un plan de monitoreo para garantizar la seguridad

### GESTIÓN DEL ALTO RIESGO DE LOS MEDICAMENTOS EN LOS ADULTOS MAYORES

Si la persona inscrita tiene más de 65 años, ¿cree que los beneficios del tratamiento con el medicamento solicitado superan los riesgos potenciales en este paciente de la tercera edad?  SÍ  NO

### OPIOIDES: (complete las siguientes preguntas si el medicamento solicitado es un opioide)

¿Cuál es la Dosis Equivalente de Morfina (**por sus siglas en inglés, MED**) diaria acumulada?  mg/día

¿Conoce otras personas que recetan opioides para esta persona inscrita?  SÍ  NO  
De ser así, explique.

¿Se considera que la dosis diaria indicada de MED es médicamente necesaria?  SÍ  NO  
¿Sería insuficiente una dosis diaria total más baja de MED para controlar el dolor de la persona inscrita?  SÍ  NO

## JUSTIFICACIÓN DE SOLICITUD

**Medicamentos alternativos contraindicados o probados previamente, pero con resultados adversos, p. ej., toxicidad, alergia o fracaso terapéutico.** Especifique a continuación si no se ha indicado anteriormente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS en el formulario:

(1) Medicamentos probados y resultados de las pruebas con medicamentos; (2) si el resultado es adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para el medicamento probado; (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la que los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados.

**El paciente está estable con los medicamentos actuales; alto riesgo de resultados clínicos adversos significativos con el cambio de medicación** Se requiere una explicación específica de cualquier resultado clínico adverso significativo anticipado y por qué se esperaría un resultado adverso significativo, p. ej., la afección ha sido difícil de controlar (muchos medicamentos probados, múltiples medicamentos requeridos para controlar la afección), el paciente tuvo un resultado adverso significativo cuando la afección no se controló previamente (p. ej., hospitalización o visitas médicas graves frecuentes, infarto, accidente cerebrovascular, caídas, limitación significativa del estado funcional, dolor y sufrimiento indebidos), etc.

**Necesidad médica de una forma de dosis diferente y/o dosis más alta.** Especifique a continuación: (1) Forma de dosis y/o dosis probadas y resultados de las pruebas con medicamentos; (2) explique las razones médicas; (3) incluya por qué una dosificación menos frecuente con una mayor concentración no es una opción, en el caso de que exista una mayor concentración.

**Solicitud de excepción al nivel del formulario** Especifique a continuación si no se ha indicado anteriormente en la sección HISTORIAL DE MEDICAMENTOS en el formulario: (1) medicamentos preferidos o del formulario probados y resultados de las pruebas con medicamentos; (2) si el resultado es adverso, enumere los medicamentos y el resultado adverso para cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico/no es tan eficaz como el medicamento solicitado, indique la dosis máxima y la duración del tratamiento para el medicamento probado; (4) si hay contraindicaciones, indique la razón específica por la que los medicamentos preferidos/otros medicamentos del formulario están contraindicados.

**Otro** (explique a continuación)

**Explicación requerida** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

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.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-549-8289 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 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.

**Notice of Non-Discrimination.** Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Buckeye Health Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Buckeye Health Plan:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Buckeye Health Plan's Member Services at 1-866-549-8289 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day.

If you believe that Buckeye Health Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; Buckeye Health Plan's Member Services is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: 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).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## Language 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：如果您口中文，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 بالمجان. اتصل برقم 1-866-549-8289 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**Pennsylvania Dutch:** Geb Acht: 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).

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