



## Solicitud de Redeterminación de la Denegación de la Cobertura de Medicamentos que Requieren Receta Médica de Medicare

Buckeye Health Plan – MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan) negó su solicitud de cobertura (o pago por) nombre del medicamento que requiere receta médica. Tiene derecho a solicitarnos una reconsideración (apelación) de nuestra decisión. **Use este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días desde la fecha de nuestro Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos que Requieren Receta Médica de Medicare.
- También puede obtener más información sobre cómo presentar una apelación en nuestro sitio web en [mmp.buckeyehealthplan.com](http://mmp.buckeyehealthplan.com).
- Las solicitudes de apelaciones aceleradas se pueden hacer por teléfono al 1-866-549-8289 (TTY: 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 dejar un mensaje. Se le devolverá la llamada el próximo día hábil.

La persona que receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Llámenos al 1-866-549-8289 (TTY: 711) para obtener información sobre cómo designar a un representante.

### Información de la Persona Inscrita en el Plan:

Nombre de la persona inscrita: \_\_\_\_\_

Número de identificación de afiliado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información sobre la receta médica y la persona que receta

Nombre del medicamento que solicitó: \_\_\_\_\_

Concentración/cantidad/dosis: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que receta: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_ Fax del consultorio: \_\_\_\_\_

Persona de contacto en el consultorio: \_\_\_\_\_

¿Ya compró este medicamento?  Sí  No

Si la respuesta es Sí:

Fecha de compra: \_\_\_\_\_ Monto pagado: \_\_\_\_\_ (adjunte una copia del recibo)

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

## **¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?**

---

**Marque esta casilla si considera que necesita una decisión dentro de las 72 horas.** Si tiene una declaración de respaldo de la persona que receta, adjúntela a esta solicitud.

- 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. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le hagamos un reembolso por un medicamento que ya recibió.
- Si no tiene el respaldo de la persona que receta para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

## **Explíqueme por qué cree que este medicamento debería estar cubierto.**

---

- Adjunte toda información adicional que considere que puede ayudar con su caso, como una declaración de la persona que receta o los expedientes médicos.
- Incluya una copia del Aviso de denegación de la cobertura de medicamentos que requieren receta médica de Medicare
- La persona que receta necesitará explicar por qué no puede cumplir con las reglas de cobertura de nuestro plan y/o por qué los medicamentos que el plan requiere no son medicamento adecuados para usted.
- Otra información que debemos tomar en consideración: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Información del representante**

---

Complete esta sección SOLO si la persona que hace esta solicitud no es la persona inscrita o la persona que receta a la persona inscrita. Debe adjuntar la documentación que demuestre la autoridad para representar a la persona inscrita (como un Formulario CMS-1696 completo o un documento equivalente por escrito), si no se presentó en el nivel de determinación. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, llámenos al 1-866-549-8289 (TTY: 711).

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## **Firme y envíe este formulario**

---

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

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Envíe por fax o correo postal su formulario completo y cualquier información de respaldo a:**

**Dirección:**  
Buckeye Health Plan – MyCare Ohio  
(Medicare-Medicaid Plan)  
Attn: Medicare Pharmacy Appeals  
P.O. Box 31383  
Tampa, FL 33631-3383

**Número de Fax:**  
1-866-388-1766

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.