



Solicitud de Redeterminación de la Denegación de un Medicamento Recetado de Medicare

Wellcare Buckeye MyCare Ohio Dual Align (HMO D-SNP) denegó su solicitud de cobertura de (o pago de) [name of prescription drug]. Usted tiene derecho a pedirnos una redeterminación (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 rechazo de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- También puede obtener más información sobre cómo presentar una apelación en nuestro sitio web en go.wellcare.com/BuckeyeOH.
- Las solicitudes de apelación acelerada se pueden hacer por teléfono al 1-855-445-3562 (TTY: 711). Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1.º de abril hasta el 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Fuera de los horarios de atención y durante los fines de semana y los feriados federales, se utiliza un sistema de mensajería.

El profesional que expide recetas puede pedir 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 1-855-445-3562 (TTY: 711) para saber cómo nombrar a un representante.

Información del plan del afiliado

Nombre del afiliado: _____
Número de ID de miembro: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____
Dirección postal: _____
Ciudad, estado y código postal: _____
Número de teléfono: _____

Información sobre recetas y profesionales que expide recetas

Nombre del medicamento que solicitó: _____
Concentración/cantidad/dosis: _____
Nombre del profesional que expide recetas: _____
Dirección del consultorio: _____
Ciudad, estado y código postal: _____
Teléfono del consultorio: _____ Fax del consultorio: _____
Persona de contacto del consultorio: _____
¿Ya compró este medicamento? ☐ Sí ☐ No
Si dice que 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 cree que necesita una decisión en un plazo de 72 horas.** Si tiene una declaración de apoyo de su profesional que expide recetas, adjúntela a su solicitud.
- Si usted o el profesional que expide recetas cree que una espera de 7 días para la toma de decisión estándar puede poner en riesgo su vida, su salud o su capacidad para recuperar su función máxima, puede solicitar que se tome una decisión acelerada (rápida).
 - Si el profesional que expide recetas indica que una espera de 7 días puede afectar seriamente su salud, automáticamente tomaremos una decisión en un plazo de 72 horas. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos está pidiendo que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.
 - Si usted no obtiene el apoyo del profesional que expide recetas para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso lo requiere.

Explique por qué cree que este medicamento debe estar cubierto

- Adjunte cualquier información adicional que cree que pueda ayudar en su caso, como una declaración del profesional que expide recetas o los expedientes médicos.
- Incluya una copia del Aviso de rechazo de cobertura de medicamentos recetados de Medicare
- El profesional que expide recetas deberá explicar por qué usted no puede cumplir con los criterios de cobertura de nuestro plan, o bien por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente adecuados para usted.
- Otra información que debemos considerar: _____

Información del representante

Complete esta sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado ni el profesional que expide recetas del afiliado. Debe adjuntar documentación que demuestre la facultad para representar al afiliado (un Formulario CMS-1696 completo o un equivalente escrito) si no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, llámenos al 1-855-445-3562 (TTY: 711).

Nombre del representante: _____

Parentesco con el afiliado: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Número de teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado, el profesional que expide recetas o el representante):

Firma: _____ **Fecha:** _____

Envíe por fax o correo el formulario completo y cualquier información de respaldo a:

Dirección:

Wellcare By Buckeye Health Plan
Attn: Medicare Pharmacy Appeals
P.O. Box 31383
Tampa, FL 33631-3383

Número de fax:

1-866-388-1766

[NOA]