



Department of
Medicaid

Next Generation MyCare

<

>

Solicitud de reconsideración de la denegación de medicamentos con receta a través de Medicare

<CareSource® MyCare Ohio (HMO D-SNP)> denegó su solicitud de cobertura (o pago de) <Drug Name>. Tiene derecho a pedirnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Utilice este formulario para recoger esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días posteriores a la fecha de nuestro Aviso de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- También puede presentar una apelación en nuestro sitio web: <express-scripts.com>.
- Puede solicitar una apelación expedita por teléfono al <1-800-935-6103> (TTY: <1-800-716-3231>).

El médico tratante puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) presente una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Llámenos al <**1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711**> para obtener información sobre cómo nombrar a un representante.

Información del afiliado al plan

Nombre del afiliado: _____

Número de identificación del afiliado: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Dirección postal: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Información de la receta y del médico tratante

Nombre del medicamento que solicitó: _____

Concentración/cantidad/dosis: _____

Nombre del médico tratante: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono del consultorio: _____ Fax del consultorio: _____

Persona de contacto en el consultorio: _____

¿Ya adquirió este medicamento? Sí No

Si la respuesta es Sí:

Fecha de compra: _____ Monto pagado: _____
(adjunte una copia del comprobante de pago)

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión expedita (rápida)?

Marque esta casilla si cree que necesita una decisión en un plazo de 72 horas. Si tiene una declaración de respaldo por parte de su médico tratante, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o su médico tratante consideran que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar de manera grave a su salud o su capacidad de recuperar el máximo de sus funciones, puede solicitar la toma de una decisión expedita (rápida).
- Si el médico tratante considera que esperar 7 días podría perjudicar de manera grave su salud, le daremos una decisión dentro de las 72 horas automáticamente. Usted no puede solicitar una apelación expedita si nos pide que le devolvamos el dinero de un medicamento que ya adquirió.
- Si no obtiene el respaldo de su médico tratante para presentar una apelación expedita, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debería estar cubierto.

- Adjunte cualquier información adicional que usted crea que pueda ayudar en su caso, como una declaración de su médico tratante y los expedientes médicos pertinentes.
- Incluya una copia del Aviso de denegación de cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- El médico tratante deberá justificar por qué usted no puede cumplir con las reglas de cobertura del plan y/o por qué los medicamentos que requiere el plan no son médicalemente adecuados para usted.
- Otra información que deberíamos considerar:

Información del representante

Complete esta sección SOLO si la persona que hace la solicitud no es el afiliado ni el médico tratante del afiliado. Debe adjuntar la documentación que demuestre la autoridad para

representar al afiliado (como un Formulario CMS-1696 completado o uno equivalente por escrito), si no la presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, llámenos al <**1-855-475-3163 (TTY: 1-833-711-4711 o 711)**>.

Nombre del representante: _____

Relación con el afiliado: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (afiliado, médico tratante o representante):

Firma: _____ **Fecha:** _____

**Envíe el formulario completado y la documentación de respaldo
por fax o correo postal a la siguiente dirección:**

Dirección:
<Express Scripts
Attn: Medicare Appeals
P.O. Box 66588
St. Louis, MO 63166-6588>

Número de fax:
<1-877-852-4070>

H6396_OH-SNP-M-4283105_C-SPA

Aprobado: 08/2025