



## Solicitud de Redeterminación sobre la Denegación de un Medicamento con Receta de Medicare.

Debido a que nosotros, IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan), rechazamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento con receta, usted tiene el derecho de solicitarnos una nueva determinación (apelación) de nuestra decisión. Cuenta con 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare para solicitarnos una nueva determinación. Puede enviarnos este formulario por correo o fax:

**Domicilio:**  
P.O. Box 1800  
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

**Número de Fax:**  
(909) 890-5748

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en [www.iehp.org](http://www.iehp.org). Puede realizar una solicitud de apelación acelerada por teléfono llamando a IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) al 1-877-273-IEHP (4347); los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-718-4347, de 8 a.m. a 8 p.m. (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos días festivos.

**Quién Puede Realizar una Solicitud:** La persona que le receta puede solicitar una apelación en su nombre. Si quiere que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Contáctenos para obtener información sobre cómo nombrar un representante.

### Información del Miembro

Nombre del Miembro \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio del Miembro \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Miembro \_\_\_\_\_

### Complete la siguiente sección SÓLO si la persona que presenta la solicitud no es el Miembro:

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_

Relación del Solicitante con el Miembro \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

### Documentación de representación para apelaciones realizadas por alguien que no sea el Miembro ni la persona que le receta al Miembro:

Adjunte la documentación que demuestre la autoridad que tiene para representar al Miembro (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 (*Authorization of Representation Form CMS-1696*) lleno o un equivalente por escrito) si no fue presentada en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre la designación de un representante, contacte a su plan o llame al 1-800-Medicare.



**Medicamento con receta que solicita:**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Concentración/cantidad/dosis: \_\_\_\_\_

¿Compró el medicamento pendiente de apelación?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de la compra: \_\_\_\_\_ Cantidad pagada: \$ \_\_\_\_\_ (adjunte copia del recibo)

Nombre y número telefónico de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Información de la Persona que Receta**

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Persona de Contacto de la Oficina \_\_\_\_\_

**Nota Importante: Decisiones Aceleradas**

Si usted o la persona que receta consideran que esperar 7 días por una decisión estándar podría dañar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que receta indica que esperar 7 días podría dañar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión en un lapso de 72 horas. Si no obtiene el respaldo de la persona que receta para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona que receta, adjúntela a esta solicitud).**

**Por favor explique sus razones para apelar.** De ser necesario, adjunte páginas adicionales. Adjunte cualquier información adicional que considere que puede ayudar a su caso, como una declaración de la persona que receta y las historias clínicas relevantes. Quizás desee consultar la explicación que proporcionamos en el Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare (*Notice of Denial of Medicare Prescription Drug Coverage*).

---

---

---

---

**Firma de la persona que solicita la apelación (el Miembro, su representante o la persona que receta al Miembro):**

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