



SOLICITUD PARA LA DETERMINACIÓN DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS CON RECETA DE MEDICARE

Puede enviar este formulario a IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare - Medicaid Plan) por correo electrónico o por fax:

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

Número de Fax:
909-890-2058

También puede solicitarnos por teléfono una determinación de cobertura al número de Servicios para Miembros de IEHP DualChoice, 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347 o visitar nuestro sitio www.iehp.org.

Quién Puede Presentar una Solicitud: La persona que le receta puede solicitarnos una determinación de cobertura en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) realice una solicitud 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
Teléfono	Nº de Identificación del Miembro	

Conteste la siguiente sección SÓLO si la persona que realiza la solicitud no es el Miembro ni la persona que receta:

Nombre del Solicitante		
Relación del Solicitante con el Miembro		
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		

Documentos de representación para las solicitudes realizadas por alguien que no es el Miembro ni la persona que receta al Miembro:

Adjunte la documentación que demuestre la autoridad que tiene para representar al Miembro (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 debidamente contestado o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre la designación de un representante, contacte a su plan o llame al 1-800-Medicare.

Nombre del medicamento recetado que usted está solicitando (si lo sabe, incluya la concentración y la cantidad solicitada por mes):

Solicitud para la Determinación del Tipo de Cobertura

Necesito un medicamento que no está en la lista de medicamentos cubiertos (excepción a la lista de medicamentos cubiertos).*

He estado utilizando un medicamento que antes estaba incluido en la lista de medicamentos cubiertos del plan, pero se va a eliminar o ya se eliminó de esta lista durante el año del plan (excepción a la lista de medicamentos cubiertos).*

Solicito autorización previa para el medicamento que me indicó la persona que receta.*

Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que me indicó la persona que receta (excepción a la lista de medicamentos cubiertos).*

Solicito una excepción al límite en el número de pastillas del plan (límite de cantidad) que puedo recibir para que pueda obtener el número de pastillas que indicó la persona que receta (excepción a la lista de medicamentos cubiertos).*

Mi plan de medicamentos cobra un copago mayor por el medicamento que me indicó la persona que receta, al que cobra por otro medicamento que trata mi condición, y deseo pagar el copago más bajo (excepción al nivel).*

He estado utilizando un medicamento que antes estaba incluido en un nivel de copago más bajo, pero esto cambiará o ya cambió a un nivel de copago más alto (excepción al nivel).*

Mi plan de medicamentos me cobró un copago mayor del que correspondía por un medicamento.

Deseo que me reembolsen el costo del medicamento recetado y cubierto que pagué de mi propio bolsillo.

***NOTA: Si está solicitando una excepción a la lista de medicamentos cubiertos o al nivel, la persona que receta DEBE presentar una declaración para respaldar su solicitud. Es posible que se requiera información de respaldo para las solicitudes que estén sujetas a autorización previa (o cualquier otro requisito de administración de uso). La persona que receta puede utilizar el documento adjunto “Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa (*Supporting Information for an Exception Request or Prior Authorization*)” para apoyar su solicitud.**

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

Nota Importante: Decisiones Aceleradas

Si usted o la persona que receta consideran que esperar 72 horas por una decisión estándar podría atender contra su vida, dañar gravemente su salud o su capacidad para recuperar el nivel máximo de sus funciones, puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que receta indica que esperar 72 horas podría dañar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión en un plazo de 24 horas. Si no obtiene 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 está pidiendo que le reembolsemos el pago por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona que receta, adjúntela a esta solicitud).

Firma de la persona que solicita la determinación de cobertura (el Miembro, su representante o la persona que receta al Miembro):	
Firma	Fecha:

Información de Respaldo para una Solicitud de Excepción o Autorización Previa

Las solicitudes de EXCEPCIÓN a la LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS y al NIVEL no pueden ser procesadas sin la declaración de respaldo de la persona que receta. Es posible que se requiera información de respaldo para las solicitudes de AUTORIZACIÓN PREVIA.

SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que aplicar el plazo de 72 horas para la revisión estándar puede poner en grave peligro la vida o la salud del Miembro o la habilidad del Miembro para recuperar el nivel máximo de sus funciones.

Información de la Persona que Receta		
Nombre		
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de la Oficina	Fax	
Firma de la Persona que Receta		Fecha

Diagnóstico e Información Médica		
Medicamento:	Concentración y Vía de Administración:	Frecuencia:
Nueva Receta O Fecha de Inicio de la Terapia:	Duración Esperada de la Terapia:	Cantidad:
Estatura/Peso:	Alergias a Medicamentos:	Diagnóstico:
Razones para la Solicitud		
<input type="checkbox"/> Medicamentos alternativos contraindicados o probados anteriormente, pero con resultados negativos, por ejemplo, toxicidad, alergia o fracaso terapéutico [Especifique a continuación: (1) medicamentos contraindicados o probados; (2) resultados negativos de cada uno; (3) en caso de fracaso terapéutico, duración de la terapia con cada medicamento]		
<input type="checkbox"/> El paciente está estable con los medicamentos actuales; hay riesgos de que se presenten resultados clínicos negativos de importancia con el cambio de medicamento [Especifique a continuación: Resultados clínicos negativos de importancia previstos]		
<input type="checkbox"/> Necesidad médica de una dosis en diferente presentación o una dosis más alta [Especifique a continuación: (1) Presentaciones de la dosis y dosis probadas; (2) explique la razón médica]		
<input type="checkbox"/> Solicitud de excepción al nivel de la lista de medicamentos cubiertos [Especifique a continuación: (1) medicamentos de la Lista de Medicamentos Cubiertos o medicamentos preferidos que están contraindicados o se probaron sin éxito, o que se probaron y no fueron tan efectivos como el medicamento que se solicita; (2) en caso de fracaso terapéutico, duración de la terapia con cada medicamento y resultados negativos; (3) en caso de que no haya sido tan efectiva, duración de la terapia con cada medicamento y resultado]		
<input type="checkbox"/> Otra (explique a continuación)		
Explicación Solicitada		

IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) es un Plan de Salud que tiene contratos con Medicare y Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.