



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

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 determinación de cobertura por teléfono llamando al 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, o a través de nuestro sitio web en www.iehp.org.

Quién Puede Realizar 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) presente una solicitud por usted, esa persona debe ser su representante. Llámenos 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	N° de Identificación del Miembro	

Complete 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		

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

Adjunte la documentación que demuestre la autoridad que tiene para representar al Miembro (*Authorization of Representation Form CMS-1696* debidamente completado o un equivalente por escrito). Para obtener más información sobre la designación de un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.



Nombre del medicamento con receta que usted solicita (si conoce la concentración y la cantidad que necesita por mes, inclúyalas):

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 éste será eliminado o fue eliminado de esta lista durante el año del plan (excepción a la lista de medicamentos cubiertos).*
- Solicito autorización previa para el medicamento que me recetó la persona que receta.*
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que me recetó la persona que receta (excepción a la lista de medicamentos cubiertos).*
- Solicito una excepción al límite en el número de píldoras del plan (límite de cantidad) que puedo recibir para que pueda obtener el número de píldoras que la persona que receta ha recetado (excepción a la lista de medicamentos cubiertos).*
- Mi plan de medicamentos cobra un copago mayor por el medicamento que me recetó 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 será cambiado o se 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 con receta 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 dañar gravemente su vida, 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 lapso 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 USTED CONSIDERA 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:	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 PARA REVISIÓN ACELERADA: Al marcar esta casilla y firmar debajo, 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 la función máxima.

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

Medicamentos alternativos contraindicados o probados anteriormente, pero que tuvieron 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]

El paciente se encuentra 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]

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]

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]

Otra (explique a continuación)

Explicación Solicitada _____
