



Solicitud de Redeterminación de la Denegación de Medicamentos con Receta de Medicare

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

Dirección:
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. Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden realizarse por teléfono al 1-877-273-IEHP (4347).

Quién Puede Realizar una Solicitud: Su profesional que receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un familiar o un amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información sobre cómo designar a un representante.

Información sobre el Afiliado

Nombre del Afiliado _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección del Afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Número de Identificación de Miembro del Afiliado _____

Conteste la siguiente sección ÚNICAMENTE si quien realiza esta solicitud no es el afiliado:

Nombre del Solicitante _____

Relación del Solicitante con el Afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes de apelación realizadas por una persona que no sea el afiliado o el profesional que receta del afiliado:

Adjunte documentación que demuestre la autorización para representar al afiliado (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 (*Authorization of Representation Form CMS-1696*) debidamente contestado o un documento escrito equivalente) si dicha documentación no se presentó en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con su plan o al 1-800-Medicare.

Medicamento con receta que solicita:

Nombre del medicamento: _____ Concentración/cantidad/dosis: _____

¿Ya compró el medicamento que está en espera de la apelación? Sí No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha en que lo compró: _____ Cantidad pagada: \$ _____ (adjunte la copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información sobre el Profesional que Expide Receta

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Consultorio _____ Fax _____

Persona de Contacto del Consultorio _____

Nota Importante: Decisiones Aceleradas

Si usted o su profesional que receta consideran que una espera de 7 días para una decisión estándar podría afectar gravemente su vida, su salud o su capacidad para recuperar una función por completo, usted puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si su profesional que receta indica que una espera de 7 días podría afectar gravemente su salud, automáticamente le informaremos de nuestra decisión dentro de las 72 horas. Si usted no obtiene la declaración de respaldo del profesional quien le receta para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de su profesional que receta, adjúntela a esta solicitud).

Por favor, explique los motivos por los que presenta su apelación. Adjunte páginas adicionales si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que considere que pueda ayudar con su caso, como una declaración de parte del profesional quien le receta y los registros médicos pertinentes. Le recomendamos que consulte la explicación que proporcionamos en el Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos con Receta de Medicare (*Notice of Denial of Medicare Prescription Drug Coverage*).

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

_____ **Fecha:**

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.