

Solicitud de Redeterminación de la Denegación de Medicamentos Recetados de Medicare

Debido a que IEHP DualChoice 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 recetados de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax:

Domicilio: IEHP DualChoice
Grievance Department
P.O. Box 1800
Rancho Cucamonga, CA 91729-1800

Número de Fax: (909) 890-5748

También puede pedirnos una apelación por medio de nuestro sitio web, www.iehp.org. Las solicitudes de apelaciones aceleradas pueden realizarse por teléfono llamando al 1-877-273-IEHP (4347).

Quién Puede Realizar una Solicitud: El profesional que le receta medicamentos puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si 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.

Esta carta puede contener información de salud confidencial y que le identifica como persona, protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, "HIPAA") y otros estatutos.

D: 10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131

T: 800.788.2949

MedImpact.com



Información sobre el Afiliado

Nombre del Afiliado _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio del Afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Número de Identificación de Miembro del Afiliado _____

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

Nombre del Solicitante _____

Relación del Solicitante con el Afiliado _____

Domicilio _____

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 medicamentos al afiliado:

Adjunte documentación que demuestre la autorización para representar al afiliado (un Formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado 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 recetado que solicita:

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

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

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de compra: _____ Cantidad pagada: \$ _____ (adjunte una copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Esta carta puede contener información de salud confidencial y que le identifica como persona, protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA"*) y otros estatutos.

D: 10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131

T: 800.788.2949

MedImpact.com



Información sobre el profesional que receta medicamentos

Nombre _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Consultorio _____ Fax _____

Persona de Contacto del Consultorio _____

Nota Importante: Decisiones Aceleradas

Si usted o el profesional que le receta medicamentos 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 el profesional que le receta medicamentos 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 que le receta medicamentos para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. No puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE LAS 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo del profesional que le receta medicamentos, 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 que le receta medicamentos y los registros médicos pertinentes. Le recomendamos que consulte la explicación que brindamos en el Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare y que el profesional que le receta medicamentos satisfaga los criterios de cobertura del Plan, si corresponde, según lo indicado en la carta de denegación del Plan o en otros documentos del Plan. Se necesitará la opinión del profesional que le receta medicamentos para explicar por qué usted no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el Plan no son médicamente apropiados para usted.

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado o el representante):

_____ Fecha: _____

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

Esta carta puede contener información de salud confidencial y que le identifica como persona, protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA"*) y otros estatutos.

D: 10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131

T: 800.788.2949

MedImpact.com

