



## DualChoice

### Solicitud de la Nueva Determinación sobre la Denegación de un Medicamento Recetado de Medicare

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) denegó su solicitud de cobertura de (o pago de) [name of prescription drug]. Tiene derecho a solicitarnos una redeterminación (apelación) sobre nuestra decisión. **Utilice este formulario para apelar esta decisión.**

- Puede solicitar una apelación dentro de los 65 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de Denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare.
- También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web en [www.iehp.org](http://www.iehp.org).
- Las solicitudes de apelación acelerada pueden realizarse por teléfono al **1-877-273-IEHP (4347)**.

El profesional que le receta el medicamento puede solicitar una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o un amigo) presente una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Llámenos al **1-877-273-IEHP (4347)** para saber cómo designar a un representante.

#### **Información del afiliado al plan**

---

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_

Número de identificación de miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

#### **Información de la receta médica y del profesional que receta el medicamento**

---

Nombre del medicamento que usted solicitó: \_\_\_\_\_

Concentración/cantidad/dosis: \_\_\_\_\_

Nombre del profesional que receta el medicamento: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_ Fax del consultorio: \_\_\_\_\_

Persona de contacto en el consultorio: \_\_\_\_\_

¿Ya compró este medicamento?  Sí  No

Si la respuesta es SÍ:

Fecha de la compra: \_\_\_\_\_ Monto pagado: \_\_\_\_\_ (adjunte copia del recibo)

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

## **¿Necesita una decisión acelerada (rápida)**

---

**Marque esta casilla si cree que necesita una decisión en un plazo de 72 horas.** Si tiene una declaración de respaldo del profesional que le receta el medicamento, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o el profesional que le receta el medicamento 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 el profesional que le receta el medicamento indica que esperar 7 días podría dañar gravemente su salud, le daremos automáticamente una decisión en un lapso de 72 horas. No puede solicitar una apelación acelerada si nos está pidiendo que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.
- Si no obtiene el respaldo del profesional que le receta el medicamento para una apelación acelerada, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

## **Explique por qué cree que este medicamento debería estar cubierto**

---

- Adjunte cualquier información adicional que considere que puede ayudar a su caso, como una declaración del profesional que le receta el medicamento o expedientes médicos.
- Incluya una copia del Aviso de Denegación de cobertura de medicamentos recetados de Medicare
- El profesional que le receta el medicamento deberá explicarle por qué no puede cumplir con las reglas de cobertura de nuestro plan o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.
- Otra información que debemos considerar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Información del representante**

---

Responda esta sección SOLO si la persona que hace la solicitud no es el afiliado ni el profesional que receta el medicamento del afiliado. Debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar al afiliado (como un Formulario CMS-1696 lleno o un equivalente por escrito) si no fue presentada en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar un representante, llámenos al **1-877-273-IEHP (4347)**.

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Relación con el afiliado: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## **Firme y envíe este formulario**

---

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

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

**Envíe por fax o correo su formulario completo y cualquier información de respaldo a:**

**Domicilio:**

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

**Número de Fax:**

**(909) 890-5748**

*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.*