



DualChoice

[PROCESSED DATE]

Número de identificación del miembro
[MEMBER NUMBER]

[MEMBER NAME]
100 Main street
Madison, ct 06443

Estimado(a) [MEMBER NAME]:

Esta carta es para informarle que a partir del [OIG/STATE EXCLUSION DATE] ya no podemos cubrir los medicamentos recetados que son recetados por [PRESCRIBER FULL NAME] despachados por [PHARMACY NAME]. Esto incluye recetas nuevas, así como cualquier nuevo surtido que quede en las recetas que está tomando actualmente.

IEHP DualChoice (HMO D-SNP) no puede cubrir medicamentos recetados por [PRESCRIBER FULL NAME] despachados por [PHARMACY NAME] porque ha sido excluido de participar en todos los programas federales de atención médica a partir de [OIG/STATE EXCLUSION DATE], incluyendo el programa Medicare, por la Oficina del Inspector General (OIG) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Los planes de Medicare tienen prohibido hacer pagos por recetas emitidas, despachadas o provistas por personas y entidades excluidas. Para obtener más información sobre las exclusiones, puede visitar el sitio web de OIG en <http://oig.hhs.gov/fraud/exclusions.asp>.

Si necesita ayuda para encontrar otra farmacia, llame al Servicio de Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347). Si necesita ayuda para encontrar otro proveedor en su área que pueda recetarle sus medicamentos, llame al Servicio de Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347). Si tiene más preguntas sobre el estado de sus recetas, estamos disponibles de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los feriados.

Atentamente,

Servicios de farmacia de IEHP DualChoice

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

