



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

**Solicitud de redeterminación de la denegación
de cobertura de medicamentos recetados de Medicare**

Debido a que nosotros, Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP), denegamos su solicitud de cobertura (o pago) de un medicamento recetado, usted tiene el derecho de solicitarnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestra Notificación de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare para solicitarnos una redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o fax:

Dirección:
Imperial Health Plan of California, Inc.
Attn: Appeals & Grievances
PO Box 60874
Pasadena, CA 91116

Número de fax:
Fax: 1-626-380-9049

También puede solicitarnos una apelación a través de nuestro sitio web en appealsgrievances@imperialhealthplan.com. Las solicitudes de apelación acelerada pueden realizarse por teléfono llamando al 1-800-838-8271.

Quién puede hacer una solicitud: la persona que emite su receta puede solicitarnos una apelación en su nombre. Si desea que otra persona (tal como un miembro de la familia o amigo) solicite una apelación por usted, dicha persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre la manera de nombrar a un representante.



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Información de la persona inscrita

Nombre de la persona inscrita _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de la persona inscrita _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de identificación de miembro de la persona inscrita _____

Complete la siguiente sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es la persona inscrita:

Nombre del solicitante _____

Relación del solicitante con la persona inscrita _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para solicitudes de apelación realizadas por una persona que no sea ni la persona inscrita ni la persona que emite la receta de la persona inscrita:

Adjunte la documentación que pruebe la capacidad de representar a la persona inscrita (un Formulario de autorización de representación CMS-1696 lleno o un equivalente por escrito) si no fue enviada al momento de solicitar la determinación de cobertura. Para obtener más información sobre la manera de nombrar a un representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Medicamento recetado que está solicitando:

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

¿Ha comprador el medicamento estando la apelación pendiente? Sí No

Si su respuesta es "Sí":

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

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Información de la persona que emite la receta

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del trabajo _____ Fax _____

Persona de contacto en el trabajo _____

Nota importante: decisiones aceleradas

Si usted o la persona que emite su receta cree que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar seriamente su vida, su salud o su capacidad para recuperar al máximo sus funciones, usted puede solicitar una decisión acelerada (rápida). Si la persona que emite su receta indica que esperar 7 días podría perjudicar seriamente su salud, le proporcionaremos automáticamente una decisión dentro de un período de 72 horas. Si no obtiene el apoyo de la persona que emite su receta para realizar una apelación acelerada, determinaremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos está solicitando que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE UN PERÍODO DE 72 HORAS (si tiene una declaración de respaldo de la persona que emite su receta, adjúntela a esta solicitud).

Por favor, explique los motivos de su apelación. Adjunte páginas adicionales, si fuera necesario. Adjunte cualquier información adicional que crea que puede ayudar a su caso, tal como una declaración de la persona que emite su receta y registros médicos relevantes. Es posible que usted quiera referirse a la explicación que dimos en la Notificación de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare y solicitar a la persona que emite su receta que plantee los criterios de cobertura del Plan, si estuvieran disponibles, tal como se establecieron en la carta de denegación del Plan o en otros documentos del Plan. Se necesitará información proveniente de la persona que emite su receta para explicar por qué no puede cumplir con los criterios de cobertura del Plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el Plan no son médicamente adecuados para usted.

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

_____ Fecha: _____