Solicitud de Redeterminación sobre Denegación de Medicamento por Receta de Medicare

Ya que nosotros, Leon Health Plans, Inc., denegamos su solicitud de que se cubriera (o pagara) un medicamento por receta, tiene el derecho de solicitarnos la redeterminación sobre (la apelación de) nuestra decisión. Tiene un plazo de 60 días contados a partir de la fecha de nuestro Aviso de Denegación (Rechazo) de Cobertura de Medicamento por Receta de Medicare para solicitarnos la redeterminación. Este formulario se nos puede enviar por correo o por fax:

Dirección:
Leon Health, Inc.
P.O. Box 668230
Miami, FL, 33166

Número de fax:
(305) 718-2860

También nos puede solicitar la apelación mediante nuestro sitio de internet en la dirección www.leonhealth.com. La apelación agilizada se puede solicitar por teléfono al 1-844-964-5366

Quién puede hacer la solicitud: El profesional que le dio la receta puede solicitarnos la apelación en nombre suyo. Si quiere que otra persona (como un familiar o amigo) solicite la apelación en nombre suyo, esa persona tiene que ser su representante. Comuníquese con nosotros para informarse de cómo nombrar al representante.

Información sobre el afiliado

Nombre del afiliado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del afiliado_____

Código postal _____

Ciudad _____ Estado ___

Teléfono _____

Número de identificación de miembro del afiliado _____

La sección siguiente se debe rellenar SOLAMENTE si la persona que hace la solicitud no es el afiliado:

Nombre del solicitante _____

Relación o parentesco del solicitante con el afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentos de representación de solicitudes de apelación hechas por una persona distinta al afiliado o al profesional que le dio la receta al afiliado:

Adjunte documentos en que se demuestre la autoridad para representar al afiliado (el Formulario CMS-1696 de Autorización de Representación ya rellenado o un equivalente por escrito), si es que no se presentó a nivel de determinación sobre la cobertura. Para informarse más de cómo nombrar al representante, comuníquese con su Plan o con Medicare al 1-800-Medicare.

Medicamento por receta que se solicita:

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

¿Ha comprado el medicamento cuya apelación está pendiente? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que "Sí":
Fecha de compra: _____ Suma pagada: $ _____ (adjunte copia del recibo)

Nombre y número telefónico de la farmacia: _____

Información sobre el profesional que dio la receta
Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono del consultorio _____ Fax _____

Otro contacto en el consultorio
_____

Advertencia importante: Decisiones agilizadas

Si usted o el profesional que le dio la receta considera que esperar la decisión estándar siete días le podría perjudicar gravemente la vida, la salud o la capacidad de recuperar la funcionalidad al máximo, se puede solicitar la decisión agilizada (rápida). Si el profesional que le dio la receta indica que esperar 7 días le podría perjudicar gravemente la salud, le daremos automáticamente la decisión dentro de 72 horas. Si no consigue la justificación de la apelación agilizada procedente de la persona que le dio la receta, nosotros decidiremos si en su caso se necesita la decisión rápida. No puede solicitar la apelación agilizada, si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió.

☐ **MARQUE ESTA CASILLA, SI CONSIDERA QUE NECESITA LA DECISIÓN DENTRO DE 72 HORAS (si tiene el informe justificativo del profesional que le dio la receta, adjúntelo a esta solicitud).**

Favor de explicar los motivos de la apelación.
Adjunte más páginas, si es necesario. Adjunte la información adicional que considere que podría ser útil en su caso, como el informe del profesional que le dio la receta y las historias clínicas correspondientes. Tal vez convenga que consulte la explicación que le dimos en el Aviso de Rechazo (Denegación) de Cobertura de Medicamento por Receta de Medicare y le pida al profesional que le dio la receta que ventile los requisitos de cobertura del Plan, de haberlos, señalados en la carta de rechazo (denegación) del Plan o en los demás documentos del Plan. Se necesitará la opinión del profesional que le dio la receta para explicar por qué usted no puede satisfacer los requisitos del Plan sobre la cobertura y/o por qué los medicamentos que se disponen en el Plan no son los adecuados para usted médicamente.

_____

_____

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