



## **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:  
(858) 357-2663

También nos puede solicitar la apelación mediante nuestro sitio de internet en la dirección [www.leonhealth.com](http://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 \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

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 le dio la receta**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de 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.

---

---

|                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado o el representante):</b> |
| _____ <b>Fecha:</b> _____                                                              |

H4286\_REDETERMINATIONFORM2021\_S\_C