



Solicitud de Reconsideración/Apelación sobre Denegación de Cobertura Medica

Ya que nosotros, Leon Health, Inc., denegamos su solicitud de que se cubriera (o pagara) un servicio/artículo, médicos o medicamentos de la Parte B, tiene el derecho de solicitarnos la reconsideración 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 Médica para solicitarnos la reconsideración. Este formulario se nos puede enviar por correo o por fax:

Dirección:

Leon Health, Inc.
PO BOX 668230
Miami, FL 33166

Número de fax:

(305) 718-2862

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 1-844-969-5366. Nuestro horario es de 8 de la mañana a 8 de la noche, los siete días de la semana, del 1ro de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes el resto del año. Fuera de horas de oficina y durante los días feriados federales puede llamar y dejar un mensaje y le regresaremos su llamada dentro de un día laboral.

Quién puede hacer la solicitud: El profesional que le dio la receta o su proveedor 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 del 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 _____

Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Documentos de representación de solicitudes de apelación hechas por una persona distinta al afiliado, proveedor, 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 de la Parte B, Servicio Médico/Artículo que se solicita:

Nombre del servicio/artículo/medicamento de la Parte B: _____

Información sobre el proveedor/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 su proveedor considera que esperar la decisión estándar de 30 días para un servicio médico o 7 días para un medicamento de la Parte B 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 su proveedor indica que esperar 30 días para un servicio médico o 7 días para un medicamento de la Parte B le podría perjudicar gravemente la salud, le daremos automáticamente la decisión dentro de 72 horas o 17 días si se requiere una extensión para servicios/artículos médicos. Si no consigue la justificación de la apelación agilizada procedente de su proveedor o la persona que le dio la receta, nosotros decidiremos si en su caso se necesita la decisión rápida.

MARQUE ESTA CASILLA, SI CONSIDERA QUE NECESITA LA DECISIÓN DENTRO DE 72 HORAS (si tiene un informe justificativo su proveedor/profesional, 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 de su proveedor o 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 Médica y pídale a su proveedor/al profesional abordar los requisitos de cobertura del Plan, de haberlos, señalados en la carta de rechazo (denegación) del Plan o en los demás documentos del Plan.

Si solicita una apelación y no cumplió con el plazo de 60 días (a partir de la fecha de su Aviso de denegación de cobertura médica), incluya el motivo del retraso.

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

_____ **Fecha:** _____