



**SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE COBERTURA POR MEDICARE DE MEDICINAS  
POR RECETA**

Puede enviarnos este formulario por correo o por fax.

Dirección:

Leon Medical Centers Health Plans  
Departamento de la Parte D/Farmacia  
8600 NW 41<sup>st</sup> Street, Suite 201  
Doral, Fl. 33166

Número de fax

(305)229-7462

Usted también nos puede pedir por teléfono la determinación sobre la cobertura llamando al número (866) 393-5366 o por medio de nuestro sitio web en [www.lmchealthplans.com](http://www.lmchealthplans.com).

**QUIEN PUEDE PRESENTAR LA SOLICITUD:** El que le receta las medicinas puede solicitarnos, en su nombre, que tomemos la determinación sobre la cobertura. Si desea que alguien más (tal como un familiar o amigo) presente la solicitud en su nombre, esa persona deberá ser su representante. Comuníquese con nosotros para conseguir la información sobre cómo nombrar al representante.

**Información sobre el afiliado**

Nombre del afiliado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del afiliado \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_ Nro. de tarjeta del afiliado \_\_\_\_\_

**Rellene la sección siguiente SOLAMENTE si el solicitante no es el afiliado o la persona que receta las medicinas:**

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Parentesco o relación del solicitante con el afiliado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_

**Documentación relativa a la representación para solicitudes hechas por persona que no sean el afiliado o el que le expide las recetas al afiliado:**

**Adjunte documentación que muestre la autorización para representar al afiliado (el Formulario CMS-1696 de Autorización de Representación o el documento por escrito equivalente). Para más**

Leon Medical Centers Health Plans es un plan HMO con un contrato Medicare. La inscripción en Leon Medical Centers Health Plans depende de la renovación de contrato.

H5410\_14\_12040S Accepted 09212013

**información sobre cómo designar al representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.**

**Nombre de la medicina por receta que solicita** (si conoce la información, incluya la dosis y cantidad solicitada por mes) :

**Tipo de Solicitud de Determinación sobre la Cobertura**

- Necesito una medicina que no está en la lista de medicinas cubiertas del plan (excepción del formulario)\*.
- He estado consumiendo una medicina que estuvo anteriormente en la lista de medicinas cubiertas del plan, pero la van a suprimir o fue suprimida de esta lista durante el año del plan (excepción del formulario)\*.
- Solicito autorización de antemano para la medicina que se me ha recetado.\*
- Solicito la excepción del requisito de que pruebe otra medicina antes de que obtenga la medicina que se me recetó (excepción del formulario)\*.
- Solicito la excepción del límite del plan respecto al número de píldoras (límite de cantidad) que puedo recibir, de modo que pueda conseguir el número de píldoras que se me recetaron (excepción del formulario)\*.
- Mi plan de medicinas cobra un copago más caro por la medicina que se me recetó que por otra medicina para tratar mi enfermedad, y yo quiero pagar el copago más económico (excepción del nivel)\*.
- He estado consumiendo una medicina que estuvo anteriormente en un nivel más bajo de copago, pero que será puesta o ha sido puesta en un nivel de copago más caro (excepción del nivel)\*.
- Mi plan de medicinas me cobró por una medicina un copago más caro del que tenía que haberme cobrado.
- Quiero que se me reembolse el costo de la medicina por receta cubierta que pagué con mi dinero.

**\*NOTA: Si solicita la excepción relacionada con el formulario o con el nivel, el que le dio la receta TIENE QUE presentar la justificación por escrito en respaldo de su solicitud. Las solicitudes que hay que autorizar de antemano (o que tengan que llenar cualquier otro requisito de manejo de utilización), podrían necesitar información para justificarlas. El que le dio la receta puede utilizar el documento adjunto "Información Justificativa de la Solicitud de Excepción o Autorización de Antemano" en respaldo de su solicitud.**

Información adicional que debemos considerar (*adjunte cualquier documento que justifique su solicitud*):

---

---

---

---

**Nota importante: Decisiones Agilizadas (rápidas)**

Si usted o quien le dio la receta considera que esperar las 72 horas por la decisión estándar podría perjudicarle gravemente la vida, salud o capacidad de recuperar la máxima funcionalidad, entonces puede solicitar la decisión agilizada (rápida). Si el que le dio la receta señala que esperar las 72 horas podría perjudicarle gravemente la salud, nosotros automáticamente le comunicaremos la decisión en 24 horas. Si usted no consigue que quien le dio la receta justifique la solicitud agilizada, nosotros decidiremos si a su estado de salud le hace falta la decisión agilizada. No puede pedir la determinación agilizada sobre la cobertura si solicita el reembolso del costo de la medicina que ya compró.

**MARQUE ESTA CASILLA SI CONSIDERA QUE NECESITA LA DECISIÓN EN UN PLAZO DE 24 HORAS (si tiene el informe justificativo que le dio quien le recetó la medicina, adjúntelo a esta solicitud).**

**Firma de la persona que toma la determinación sobre la cobertura (el afiliado, quien le dio la receta al afiliado o el representante del afiliado):**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Información Justificativa Correspondiente a la Solicitud de Excepción o Autorización Previa**

Las solicitudes de **EXCEPCIÓN DEL FORMULARIO** y de **NIVEL** no se pueden tramitar sin el informe justificativo de quien le dio la receta. A las solicitudes de **AUTORIZACIÓN DE ANMTEMANO** les puede hacer falta información justificativa.

**SOLICITUD DE REVISIÓN AGILIZADA: Al marcar esta casilla y poner mi firma a continuación certifico que si se aplica el período estándar de revisión de 72 horas, ello podría perjudicar seriamente la vida o la salud del afiliado o la capacidad del afiliado de recuperar toda su funcionalidad.**

Información sobre la persona que dio la receta

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono de la oficina \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**Firma de quien dio la receta** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico e información médica**

Medicinas:	Dosis y vía de administración:	Frecuencia:
Nueva receta O fecha en que se inició el tratamiento:	Duración prevista del tratamiento:	Cantidad:
Estatura / Peso:	Alergias a medicinas:	Diagnóstico:

<b>Motivos de la solicitud</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Medicina(s) alternativa(s) contraindicada(s) o que se ha(n) probado anteriormente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergias o tratamiento fracasado</b> [especifique a continuación: (1) Medicina(s) contraindicada(s) o que se ha(n) probado; (2) resultado adverso en cada caso, (3) si el tratamiento fracaso, duración del tratamiento por cada medicina]		
<input type="checkbox"/> <b>El paciente está estable con la(s) medicina(s) actual(es); alto riesgo de experimentar resultados clínicos adversos significativos si se cambia(n) la(s) medicina(s)</b> [Especifique a continuación: Resultados clínicos adversos significativos que se prevén]		
<input type="checkbox"/> <b>Necesidad médica de una forma diferente de dosificación y/o dosificación más alta</b> [Especificar a continuación: (1) La(s) forma(s) de dosificación y/o la(s) dosis que se haya(n) ensayado; (2) explicar el motivo médico]		
<input type="checkbox"/> <b>Solicitud de excepción del nivel del formulario</b> [Especifique a continuación: (1) Medicinas de formulario o preferidas contraindicadas o que se hayan probado sin éxito o que se hayan ensayado y que no hayan sido tan eficaces como la medicina solicitada; (2) en caso de que el tratamiento haya fracasado, la duración del tratamiento con cada medicina y los resultados adversos; (3) si no es tan eficaz, la duración del tratamiento con cada medicina y el resultado]		
<input type="checkbox"/> <b>Otros motivos</b> (explique a continuación)		
<b>Explicación necesaria:</b> _____ _____ _____ _____		

Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.