



Solicitud de Redeterminación de la Denegación de Cobertura de Medicinas por Receta

Debido a que Leon Medical Centers Health Plans denegamos su solicitud de cobertura de (o pago de) la medicina por receta, Ud. tiene el derecho de solicitarnos la redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Tiene 60 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de Denegación de Cobertura de Medicinas por Receta de Medicare para solicitarnos la redeterminación. Puede enviarnos este formulario por correo o por fax a:

Dirección:
Leon Medical Centers Health Plans
Appeals Department
8600 NW 41st Street, Suite 201
Doral, FL 33166

Número de fax:
(305) 229-7500

Asimismo, puede presentar la apelación ante nosotros mediante nuestra página web, que está en la dirección www.lmchealthplans.com.

Las solicitudes de decisiones agilizadas pueden hacerse por teléfono, llamando al número (305) 631-5348.

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. 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.

QUIEN PUEDE PRESENTAR LA SOLICITUD: El que le receta las medicinas puede presentar la apelación ante nosotros en su nombre. Si desea que alguien más (como un familiar o amigo) presente la apelación en su nombre, esa persona deberá ser su representante. Contáctenos para obtener información sobre cómo nombrar al representante.

Información sobre el afiliado

Nombre del afiliado _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Número de la Tarjeta del Plan del afiliado _____

Rellene la sección siguiente SOLAMENTE si el solicitante no es el afiliado:

Nombre del solicitante _____

Relación o parentesco del solicitante con el afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____

Documentación relativa a la representación para hacer apelaciones por personas que no sean el afiliado o el que le prescribe las recetas al afiliado:

Adjunte documentación que muestre la autorización para representar al afiliado (un Formulario CMS-1696 de Autorización de Representación o un documento equivalente), si no fue presentado en el proceso de determinación de cobertura. Para más información sobre cómo nombrar al representante, comuníquese con su plan o llame al 1-800-Medicare.

Medicina por receta que solicita:

Nombre de la medicina: _____ Concentración/cantidad/dosis: _____

¿Ha comprado la medicina pendiente del proceso de apelación? Sí No

Si la respuesta es "Sí" :

Fecha en que la compró: _____ Cantidad que pagó: \$ _____ (adjunte copia del recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información sobre el médico que dio la receta

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de la oficina _____ Fax _____

Contacto en el consultorio _____

Nota importante: Decisiones agilizadas

Si Ud. o su médico cree que esperar 7 días por la decisión estándar podría ser muy perjudicial para su vida, salud o capacidad de recuperar el máximo de sus facultades, entonces puede solicitar la decisión agilizada (rápida). Si su médico señala que esperar 7 días podría ser muy perjudicial para su salud, nosotros le comunicaremos automáticamente la decisión dentro de 72 horas. Si Ud. no obtiene el apoyo de su médico para conseguir la apelación acelerada, nosotros decidiremos si la decisión agilizada es necesaria según su estado de salud. No puede pedir la decisión agilizada si solicita el reembolso de la medicina que ya compró.

MARQUE ESTA CASILLA SI CREE QUE NECESITA LA DECISIÓN DENTRO DE 72 HORAS

Si su médico ha rendido el informe en respaldo de su solicitud, adjúntelo a esta solicitud.

Se ruega que explique los motivos por los que hace la apelación. Adjunte más páginas, si es necesario, y cualquier otra información que crea que pueda justificar su caso, tal como el informe de su médico u otro profesional con facultad para recetar, y las historias clínicas pertinentes. Convendría consultar la explicación que ofrecemos en el Aviso de Denegación de Cobertura de Medicinas por Receta de Medicare.

Firma de la persona que hace la apelación (el afiliado, su representante o el médico del afiliado):

Fecha: _____