



Solicitud para Redeterminación de Denegación de un Medicamento Recetado de Medicare

Debido a que HealthSun Health Plans, denegamos su solicitud para cobertura de (o pago por) un medicamento recetado, usted tiene el derecho de pedirnos una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. Usted tiene 60 días desde la fecha de nuestro Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare para pedirnos una redeterminación. Esta forma se puede enviar por correo o por fax:

Dirección:
HealthSun Health Plans
Att: Appeals Department
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172

Número de Fax:
877-589-3256

Usted también puede pedirnos una apelación a través de nuestro sitio web en www.HealthSun.com. Las solicitudes para apelaciones aceleradas se pueden hacer por teléfono llamando al (305) 447-4451 o al (877) 336-2069. Usuarios de TTY pueden llamar al (877) 206-0500.

Quién Puede Presentar una Solicitud: El médico que recetó el medicamento puede pedirnos una apelación en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un miembro de la familia o un amigo) solicite una apelación en su nombre, esa persona debe ser su representante. Comuníquese con nosotros para obtener información acerca de cómo nombrar un representante.

Información del Miembro	
Nombre del Miembro _____	Fecha de Nacimiento ____/____/____
Dirección del Miembro _____	
Ciudad _____	Estado _____ Código Postal _____
Teléfono _____	
# de Identificación del Plan del Miembro _____	
Llene la siguiente sección SOLO si la persona que está haciendo la solicitud no es el miembro:	
Nombre del Solicitante _____	
Relación del Solicitante al Miembro _____	
Dirección _____	
Ciudad _____	Estado _____ Código Postal _____

HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500).

Teléfono _____

Documentación de Representación para solicitudes de apelación hechas por alguien que no sea el miembro o el médico recetador del miembro:

Adjuntar documentación que muestre la autoridad para representar al miembro (una forma de Autorización de Representación CMS-1696 llenada o un equivalente por escrito) si no fue presentado al nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre el nombramiento de un representante, comuníquese con HealthSun Health Plans al 305-447-4458 o gratuitamente al 877-336-2069 o llame a 1-800-Medicare.

Medicamento recetado que usted está solicitando:

Nombre del medicamento: _____

Concentración/cantidad/dosis: _____

¿Ha comprado el medicamento antes de que se resuelva la apelación? Yes No

Si la respuesta es "Sí":

Fecha de compra: _____ Cantidad pagada: \$ _____ (adjunte la copia de su recibo)

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Información del Médico Recetador

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Persona de Contacto de la Consulta _____

Nota Importante: Decisiones Aceleradas

Si usted o su médico consideran que el esperar 7 días para una decisión estándar podría poner en peligro su vida, su salud, o la capacidad de recuperar la función máxima, puede pedir una decisión acelerada (rápida). Si su médico indica que el esperar 7 días podría perjudicar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de 72 horas. Si usted no obtiene el apoyo de su médico para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede pedirnos una apelación acelerada si usted nos está pidiendo que paguemos por un medicamento que ya ha recibido.

MARQUE ESTA CASILLA SI USTED CONSIDERA QUE NECESITA UNA DECISIÓN

HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500).

DENTRO DE 72 HORAS

Si usted tiene una declaración de respaldo de su médico, favor de adjuntarla a esta solicitud.

Por favor explique las razones para apelar.

Adjunte páginas adicionales, de ser necesario. Adjunte cualquier información adicional que usted considere que ayudará su caso, tal como una declaración del médico que recetó el medicamento y registros médicos pertinentes. Quizá quiera consultar la explicación que damos en el Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare.

Firma de la persona que está solicitando la apelación (miembro, médico recetador del miembro o el representante):

Fecha _____

HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500).