

## FORMULARIO DE REEMBOLSO DIRECTO AL AFILIADO

Por favor, adjunte un recibo detallado de la farmacia que incluya la siguiente información. Si esta información no está en el recibo, por favor haga que el farmacéutico complete y firme este formulario e incluya el comprobante de pago. **Todos los reembolsos están sujetos a términos y condiciones del plan y puede ser descontado de las cantidades sometidas basado en el costo del plan y co-pagos.**

Información del Paciente	
Nombre del Afiliado:	Apellidos del Afiliado:
Número de ID del Afiliado:	Fecha de Nacimiento:
Dirección del Afiliado:	
Ciudad:	Estado:
Número de Teléfono Residencial:	Código Postal:
Razón para la Petición	
<input type="checkbox"/> No tiene aún tarjeta de identificación	<input type="checkbox"/> Co-pago incorrecto
<input type="checkbox"/> Utilizó una Farmacia Fuera de la Red	<input type="checkbox"/> Farmacia no puede procesar la receta electrónicamente.
<input type="checkbox"/> Reclamación de Coordinación de Beneficios (COB) Si se selecciona: identifica el nombre del plan:	<input type="checkbox"/> Otro. Por favor, explique:

Por favor adjunte los recibos detallados de los medicamentos o puedes pedirle a su farmacéutico que complete la información restante. **Consulte la página 2 de este formulario para más espacio. Debemos tener esta información para procesar su reclamación.**

Información de la Receta				
Medicamento #1:				
Nombre del Medicamento	Fecha de Despacho	Cantidad Despachada	Días de Suplido	Cantidad de Pago
Número de NDC	Nombre del Médico	NPI del Médico	Número de Rx	NPI de Farmacia
Medicamento #2:				
Nombre del Medicamento	Fecha de Despacho	Cantidad Despachada	Días de Suplido	Cantidad de Pago
Número de NDC	Nombre del Médico	NPI del Médico	Número de Rx	NPI de Farmacia

## Información de la Receta

### Medicamento #3:

Nombre del Medicamento	Fecha de Despacho	Cantidad Despachada	Días de Suplido	Cantidad de Pago
Número de NDC	Nombre del Médico	NPI del Médico	Número de Rx	NPI de Farmacia

### Medicamento #4:

Nombre del Medicamento	Fecha de Despacho	Cantidad Despachada	Días de Suplido	Cantidad de Pago
Número de NDC	Nombre del Médico	NPI del Médico	Número de Rx	NPI de Farmacia

### Instrucciones especiales:

Debemos ser capaces de leer claramente la información en el recibo de la etiqueta del medicamento o su reclamación puede ser retrasada o denegada. Por favor, envíe por correo o fax el (los) recibo(s) de las etiquetas de los medicamentos, recibo(s) de la caja registradora, y el formulario completado:

Por correo a: MCS Advantage, Inc.

Att: Departamento de Farmacia  
P.O. Box 191720  
San Juan, PR 00919-1720

Fax al: 1-866-763-9097

De necesitar ayuda para llenar este formulario, por favor llámenos al Centro de Servicios de Llamadas al número en su tarjeta

**Reglamentación de prevención de fraude:** Cualquier persona con conocimiento o con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona que presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información falsa u oculta con el propósito de dar una información incorrecta relativa a cualquier hecho material, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito y la persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.

\_\_\_\_\_  
**Firma del afiliado del plan**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Divulgación de información:** Certifico que he recibido el medicamento aquí descrito y que el participante del plan nombrado es elegible para beneficios de medicamentos recetados. También certifico que el medicamento recibido no es para el tratamiento de una lesión en el trabajo. He indicado en el área de coordinación de beneficios arriba mencionado si hay cubierta primaria de medicamentos recetados bajo otro plan de salud. Autorizo la liberación de toda la información relacionada con esta reclamación a MCS Classicare; el

**NOTA DE CONFIDENCIALIDAD:** Este mensaje (incluyendo sus anejos) es solamente para el uso del destinatario arriba indicado y puede contener información confidencial y/o legalmente privilegiada. Si usted no es el destinatario indicado, queda notificado que cualquier uso, divulgación, o distribución de su contenido está estrictamente prohibido. De haber recibido este mensaje por error, favor de notificarlo al contacto indicado en el documento y destruir el mensaje original y todas las copias del mismo.

H5577\_067S0718\_C

administrador de beneficios de medicamentos recetados; evaluador de riesgo de seguros; al patrocinador; al afiliado; y/o empleador. Yo certifico que toda la información escrita en este formulario es correcta.

---

**Firma del afiliado del plan**

---

**Fecha**

MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan OSS con un contrato Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Puerto Rico. La afiliación en MCS Classicare depende de la renovación del contrato.

MCS Advantage, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MCS Advantage, Inc. complies with the applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

MCS Advantage, Inc. 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182).

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182).

**注意：**如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1.866.627.8183 (TTY: 1.866.627.8182)。