



**SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE CUBIERTA DE MEDICAMENTOS  
RECETADOS DE MEDICARE**

Este formulario puede ser enviado a nosotros por correo o fax:

Dirección:  
MCS Advantage, Inc.  
Pharmacy Department  
PO Box 191720  
San Juan PR 00919-1720

Número de Fax:  
1-866-763-9097

También puede solicitar una determinación de cubierta por teléfono al 1-866-627-8183 o a través de nuestro sitio web en [www.mcsclearicare.com](http://www.mcsclearicare.com).

**¿Quién puede hacer una solicitud?:** Su médico puede solicitarnos una determinación de cubierta a su nombre. Si desea que otra persona (como por ejemplo un familiar o amigo) haga una petición para usted, esa persona debe ser su representante autorizado. Contáctenos para indicarle como nombrar a alguien como su representante.

**Información del afiliado**

Nombre del afiliado		Fecha de nacimiento
Dirección del afiliado		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	# ID del afiliado	

**Complete la siguiente sección SÓLO si la persona que hace esta petición no es el afiliado o el médico:**

Nombre del solicitante		
Relación con el afiliado:		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono		

**Representación de la documentación de la solicitud realizada por alguien que no es el afiliado o el médico del afiliado:**

Adjunte documentación que demuestre la autoridad para representar al afiliado (una autorización completa de la Forma de Representación CMS-1696 o un equivalente por escrito). Para más información sobre el nombramiento de un representante, póngase en contacto con su plan o al 1-800-Medicare.

**Nombre del medicamento recetado que usted está solicitando** (si tiene conocimiento, indique la dosificación y la cantidad usada mensualmente):

**Tipo de Solicitud de Determinación de Cubierta**

- Necesito un medicamento que no está en el formulario de medicamentos cubiertos del plan (excepción al formulario).\*
- He estado usando un medicamento que estaba previamente incluido en formulario de medicamentos cubiertos del plan, pero se está removiendo o fue retirado del formulario durante el año del plan (excepción al formulario).\*
- Solicito pre-autorización para el medicamento que mi médico ha recetado.\*
- Solicito una excepción al requisito de que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que mi médico recetó (excepción al formulario).\*
- Solicito una excepción al límite del plan en el número de pastillas (límite de cantidad) que puedo recibir para que poder obtener el número de pastillas que mi médico recetó (excepción al formulario).\*
- Mi plan de medicamentos tiene un copago más alto por el medicamento que mi médico prescribió que lo que les cobra por otro medicamento que trata mi condición, y quiero pagar el copago más bajo (excepción de nivel).\*
- He estado usando un medicamento que estaba previamente incluido en el nivel de copago más bajo, pero se está moviendo o fue trasladado a un nivel de copago más alto (excepción de nivel).\*
- Mi plan de medicamentos me cobró un copago más alto de lo debido por un medicamento.
- Quiero recibir un reembolso por un medicamento recetado cubierto que he pagado de mi bolsillo.

---

**\* NOTA: Si usted está solicitando una excepción al formulario o de nivel, su médico TIENE que proporcionar una declaración que respalde su solicitud. Solicitudes que están sujetas a una pre-autorización (o cualquier otro requisito de manejo de utilización) puede requerir información de apoyo. Su médico puede utilizar el anejo "Información de apoyo para una solicitud de excepción previa" para apoyar su solicitud.**

---

Información adicional que debemos considerar (*adjunte los documentos de justificación*):

---

---

---

---

**Nota Importante: Decisiones Expeditas**

Si usted o su médico creen que esperar 72 horas para una decisión normal podría afectar seriamente su vida, la salud, o la capacidad de recuperar su máxima funcionalidad, usted puede pedir una revisión a la decisión expedita (rápida). Si su médico indica que esperar 72 horas podría afectar seriamente su salud, nosotros automáticamente le daremos una decisión dentro de 24 horas. Si usted no obtiene el apoyo de su médico para una solicitud expedita, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión rápida. Usted no puede solicitar una determinación expedita, si nos está pidiendo que le paguemos por un medicamento que ya ha recibido.

**MARQUE ESTA CASILLA SI USTED CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 24 HORAS (si tiene una declaración de su médico, adjuntar a esta solicitud).**

<b>Firma:</b>	<b>Fecha:</b>
---------------	---------------

**Información de Apoyo para Solicitud de Excepción o Pre Autorización**

EXCEPCIÓN al FORMULARIO y de NIVEL no pueden ser procesados sin justificación médica. Solicitudes de PRE-AUTORIZACIÓN podrán exigir información de apoyo.

**SOLICITUD DE REVISIÓN EXPÉDITA: Al marcar esta casilla y firmar abajo, certifico que la aplicación del plazo de 72 horas de revisión estándar puede poner en peligro la vida o la salud del afiliado o la capacidad del afiliado para recuperar la función máxima.**

<b>Información del médico</b>		
Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de la oficina		Fax
Firma del médico		Fecha

<b>Información médica y diagnóstico</b>		
Medicamento:	Dosificación y ruta de administración:	Frecuencia:

Receta nueva o fecha de Inicio de terapia:	Duración estimada de la terapia:	Cantidad:
Estatura/Peso:	Alergias a medicamentos:	Diagnóstico:
<b>Justificación de la solicitud</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Medicamento(s) alternos contraindicados o intentados previamente, pero con resultados adversos, por ejemplo, toxicidad, alergias, o el fallo terapéutico</b> [Especifique a continuación: (1) drogas contraindicada o intentadas, (2) resultado adverso para cada una, (3) si hubo fallo terapéutico, duración de la terapia en cada medicamento(s)]		
<input type="checkbox"/> <b>Paciente se encuentra estable en la droga(s) actual(es), alto riesgo de significativos resultados clínicos adversos con cambio de medicación</b> [Especifique a continuación: Importantes resultados clínicos adversos previstos]		
<input type="checkbox"/> <b>Necesidad médica para dosis diferente y/o dosis más alta</b> [Especifique a continuación: (1) Forma de dosificación y/o dosis intentada, (2) explicar la razón médica]		
<input type="checkbox"/> <b>Solicitud de excepción de nivel de formulario</b> [Especifique a continuación: (1) Formulario de medicamentos preferidos o contraindicados o intentado y han fracasado, o tratado y no es tan eficaz como medicamento solicitado; (2) si hubo fallo terapéutico, la duración del tratamiento con cada medicamento y los resultados adversos, (3) si no fue efectiva, duración de la terapia con cada medicamento y los resultados]		
<input type="checkbox"/> <b>Otro</b> (explique abajo)		
<b>Explicación necesaria</b> _____ _____ _____ _____		

MCS Classicare es un producto suscrito por MCS Advantage, Inc. MCS Classicare es un plan OSS con un contrato Medicare. 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)。