



Nombre del Plan: *MCS Classicare*

ID del Contrato:

ID Formulario:

ID del Plan: *H5577*

Solicitud de Reconsideración de la Denegación de Medicamentos Recetados de Medicare

Debido a que su plan de Medicare para medicamentos recetados ha confirmado su decisión inicial de denegar la cubierta de, o el pago de, un medicamento recetado que usted solicitó, usted tiene el derecho de pedir una revisión independiente a la decisión del plan. **Usted puede utilizar este formulario para solicitar una revisión independiente a la decisión de su plan de medicamentos.** Usted tiene 60 días a partir de la fecha en que recibió la Notificación de Redeterminación para pedir una revisión independiente. Favor de completar este formulario y envíelo por correo o por fax a:

Solicitudes de Planes PDP y MA-PD:
MAXIMUS, Federal Services
3750 Monroe Ave., Suite #703
Pittsford, NY 14534-1302

Servicio al cliente:
Libre de Costo: (877) 456-5302

Números de Fax:
Libre de Costo: (866) 825-9507
(585) 425-5301

Nota para Representantes: Su médico puede presentar una solicitud de reconsideración a su nombre sin ser un representante autorizado. Si desea que otro individuo, como un familiar o amigo, haga la solicitud para la revisión independiente para usted, esa persona deberá ser su representante. Por favor, comuníquese con su plan de Medicare para ayudarlo a nombrar a un representante.

Información del Afiliado:

Nombre del Afiliado _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección del Afiliado _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Número de Medicare (HIC) del Afiliado (según impreso en su tarjeta Medicare) _____

Complete la siguiente sección SÓLO si la persona que está llenando la solicitud no es el afiliado (asegúrese de adjuntar documentación que demuestre la autoridad de la persona que representa al afiliado para propósitos de esta solicitud):

Nombre del Peticionario _____

Relación del Peticionario con el Afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono () _____

Documentación de representación para la solicitud de apelación hecha por otra persona que no sea el afiliado o doctor:

Adjunte documentación que demuestren la autoridad para representar al afiliado (la Forma CMS-1696 completada o un equivalente por escrito) si no fue sometida en la determinación de cubierta o en el nivel de redeterminación. El médico que prescribe u otro doctor pueden solicitar la apelación a nombre del afiliado sin ser un representante autorizado.

Medicamentos recetados que solicitó para que su plan los cubriera: _____

Información del médico que prescribe

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Oficina: () _____ Fax: () _____

Persona Contacto en la Oficina _____

Decisiones Expéditas:

Si usted o el médico que prescribe u otro prescriptor entienden que la espera de una decisión estándar (que se proporcionará en un plazo de 7 días) podría afectar seriamente su vida, la salud, o la capacidad de recuperar la función máxima, puede solicitar una decisión expédita (rápida). Si su médico u otro prescriptor indica que el plazo de 7 días podría afectar seriamente su vida, o la salud, o la capacidad de recuperar su función máxima, la organización de revisión independiente automáticamente le dará una decisión dentro de 72 horas. Este plazo pudiera extenderse hasta 14 días calendario si su caso se trata de una solicitud de excepción y no hemos recibido la declaración de su médico u otro prescriptor que apoye su solicitud, O la persona que lo represente haga una solicitud de apelación pero no somete o presenta documentación apropiada para su representación. Si usted no obtiene el apoyo de su médico que prescribe u otro prescriptor para una apelación expédita, la organización de revisión independiente decidirá si su estado de salud requiere una decisión rápida.

Marque esta casilla si usted entiende que necesita una decisión dentro de las 72 horas (si tiene una declaración de su médico, adjunte los documentos a esta solicitud)

Por favor adjunte cualquier información adicional relevante a su apelación, como una declaración del médico que prescribe u otro prescriptor y registros médicos pertinentes.

Información adicional que debamos considerar: _____



Importante: Por favor, incluya con esta solicitud una copia de la Notificación (Denegada) de Redeterminación que recibió de su plan de medicamentos.

Firma de la persona que solicita la apelación (representante del afiliado):

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.

Este plan está disponible para cualquier persona que tenga Asistencia Médica del Estado y de Medicare.

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)。

Este documento (y cualquier anejo(s)) es solamente para el uso del destinatario(s) y puede contener información confidencial y/o legalmente privilegiada. Si usted no es el destinatario, queda notificado que cualquier uso, divulgación, o distribución de su contenido está estrictamente prohibido. De haber recibido este documento por error, favor de notificar a MCS inmediatamente por teléfono y permanentemente destruya el documento original y todas las copias del mismo.