



Solicitud de Redeterminación de Denegación de Medicamentos Recetados de Medicare

Debido a que nosotros MCS Classicare le denegó su solicitud de cubierta de (o de pago de) un medicamento recetado, usted tiene el derecho a solicitar una redeterminación (apelación) a nuestra decisión. Usted tiene 60 días a partir de la fecha de la Notificación de Denegación de Cubierta de Medicamentos Recetados de Medicare a solicitar una redeterminación. Este formulario puede ser enviado a nosotros por correo o por fax:

Dirección:
MCS Advantage, Inc
Departamento de Farmacia
PO Box 191720
San Juan PR 00919-1720

Número de Fax:
1-866-763-9097

Usted también puede solicitar una apelación a través de nuestra página web en www.mcsclassicare.com. Solicitudes de apelaciones expeditas pueden hacerse por teléfono al 1-866-627-8183.

¿Quién puede hacer una solicitud?: Su médico puede solicitar una apelación a su nombre. Si desea que otra persona (como un familiar o amigo) solicite una apelación por 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 del afiliado _____

Número de ID del plan del paciente _____

Complete la siguiente sección SÓLO si la persona que está completando la solicitud no es el afiliado:

Nombre del Solicitante _____

Relación del Solicitante con el Afiliado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____

Documentación de representación para las solicitudes de apelación hecha por alguien que no sea el afiliado ó médico del afiliado:

Adjunte la documentación que demuestre su autoridad para representar al afiliado (una autorización completada de la Forma de Representación CMS-1696 o un equivalente por escrito) si no fue sometido al nivel de determinación de cubierta. Para más información sobre el nombramiento de un representante, contacte a su plan o al 1-800-Medicare.

Medicamento recetado que usted está solicitando:

Nombre del medicamento: _____ Potencia/cantidad/dosis: _____

¿Ha comprado usted el medicamento mientras espera la apelación? Sí No

Si es "Sí":

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

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____



Información del médico

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de la oficina _____ Fax _____

Persona de contacto en la oficina _____

Nota importante: Decisiones expeditas

Si su médico o usted creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría afectar seriamente su vida, la salud, o la capacidad de recuperar su máxima funcionalidad, usted puede solicitar una decisión expedita (rápida). Si su médico indica que esperar 7 días podría afectar seriamente su salud, nosotros automáticamente le daremos una decisión dentro de 72 horas. Si usted no obtiene el apoyo de su médico para una apelación expedita, nosotros decidiremos si su caso requiere una decisión expedita. Usted no puede solicitar una apelación expedita si está pidiendo que le pagemos por un medicamento que recibió.

MARQUE ESTA CASILLA SI USTED CREE QUE NECESITA UNA DECISIÓN DENTRO DE 72 HORAS (si tiene una declaración de su médico, adjúntelo a esta solicitud).

Por favor, explique sus razones para apelar. Adjunte páginas adicionales si es necesario. Adjunte cualquier información adicional que cree que puede ayudar en su caso, como una declaración de su médico y registros médicos pertinentes. Usted puede referirse a la explicación que dimos en la Notificación de Rechazo de la Cubierta de Medicare de Medicamentos Recetados.

Firma de la persona que solicita la determinación de cubierta (el afiliado, el médico del afiliado o su representante):

_____ **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.