

**Solicitud de Redeterminación de Denegación de Medicamentos Recetados de Medicare**

Debido a que nosotros MCS Classicare denegamos su solicitud de cubierta de (o de pago para) 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 para solicitarnos 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.mcscassicare.com](http://www.mcscassicare.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:**

Nombr 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 espédita si está pidiendo que le paguemos 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 y que su médico haga referencia a los criterios de cubierta del plan, de estar disponible, según indicado en la carta de denegación o en otros documentos del plan. Necesitará asistencia de su médico para explicar usted no

puede cumplir con los criterios de cubierta del plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son medicamento apropiados para usted.

---

---

---

**Firma de la persona que solicita la apelación (el 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 **<para Platino insertar: y con 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 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)

### **Aviso para informar al público sobre los requisitos de accesibilidad y no discriminación**

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. no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

MCS Advantage, Inc.:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con nuestro Centro de Llamadas.

Si considera que MCS Advantage, Inc. no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo al siguiente: Centro de Llamadas, MCS Advantage, Inc., Centro de Llamadas, PO BOX 191720, San



(OSS)

Juan, PR 00919-1720, 787-620-2530 (área metropolitana), 1-866-627-8183 (libre de cargos), 1-866-627-8182 (usuarios de TTY), 787-620-1337 (fax).

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal o fax. Si necesita ayuda para hacerlo, nuestro Centro de Llamadas está a su disposición para brindársela. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de EE. UU., de manera electrónica a través del portal para querrelas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

**Aviso de Confidencialidad:** La información contenida en esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996, según enmendada (HIPAA, por sus siglas en inglés). Esta información es para el uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está estrictamente prohibido y le podría exponer a penalidades civiles o criminales. Si usted recibió esta información por error, por favor notifique inmediatamente al remitente y procure la devolución o destrucción de esta comunicación.