# FORMULARIO DE REEMBOLSO PARA ARTICULOS FUERA DE RECETARIO (OTC)

Por favor, adjunte un recibo detallado de la farmacia que incluya la información desplegada en este formulario. **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.**

| 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: | Código Postal: |

| Razón para la Petición | |
|---|---|
| _____ No ha recibido Tarjeta del Beneficio OTC | _____ Sistema fuera de servicio. Farmacia NO pudo procesar la transacción en el terminal correspondiente. |
| _____ Utilizó farmacia no participante para los servicios del Beneficio OTC. | _____Otro. Por favor, explique: |

Por favor, adjunte los recibos detallados de los artículos o puede 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 los artículos | | | |
|---|---|---|---|
| **Artículo #1:** | | | |
| Nombre del artículo | Fecha de la compra | Nombre de la Farmacia | Cantidad de Pago |
| **Artículo #2:** | | | |
| Nombre del artículo | Fecha de la compra | Nombre de la Farmacia | Cantidad de Pago |

**Aviso de Confidencialidad:** Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución. **H5577_15660323_C**

| Información de los artículos | | | |
|---|---|---|---|
| **Artículo #3:** | | | |
| Nombre del artículo | Fecha de Despacho | Nombre de la Farmacia | Cantidad de Pago |
| **Artículo #4:** | | | |
| Nombre del artículo | Fecha de Despacho | Nombre de la Farmacia | Cantidad de Pago |

**Instrucciones especiales:**

Debemos ser capaces de leer claramente la información en el recibo de los artículos adquiridos. Puede entregar el (los) recibo(s) de los artículos que compró, recibo(s) de la caja registradora, y este formulario completado en cualquier centro de servicio de MCS y/o enviar por correo o fax a:

Por correo a: MCS Advantage, Inc.
Departamento de Farmacia
P.O. Box 191720
San Juan, PR 00919-1720

Fax al: 1-787-620-1340
De necesitar ayuda para llenar este formulario, por favor llámenos al Centro de Llamadas de Servicio al Cliente al número en el dorso de 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. Autorizo la liberación de toda la información relacionada con esta reclamación a MCS Classicare; ; 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**

**Aviso de Confidencialidad:** Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución. **H5577_15660323_C**

MCS Classicare es un plan HMO suscrito por MCS Advantage, Inc.

**Aviso de Confidencialidad:** Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución. **H5577_15660323_C**

MCS Classicare (HMO)

## Notice of availability of language assistance services

## and auxiliary aids and services

**English:** If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Español:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se encuentran disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Chinese:** 如果您會說中文，我們可以為您提供免費語言幫助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) 。

**Tagalog:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**French:** Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Vietnamese:** Nếu bạn nói tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**German:** Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Services zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) an.

**Korean:** 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) 로 전화하세요.

MCS Classicare (HMO)

**Russian:** Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Arabic:** إذا كنت تتحدث العربية ، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. تتوفر المساعدات والخدمات المساعدات المناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل بالرقم 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Italian:** Se parli italiano, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Portuguese:** Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182)**.**

**French Creole:** Si w pale kreyòl franse, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Polish:** Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie pomoce pomocnicze i usługi umożliwiające dostarczanie informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Hindi:** दि आप हिंदी बोलते हैं, तो मु भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए उपल हैं। सुलभ पर्रूपों में जानकारी पर्दान करने के लिए उपयु सहायक एड्स और सेवाएं भी नि: शु उपल हैं। क 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182).

**Japanese:** 日本語を話せる場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブルな形式で情報を提供するための適切な補助援助やサービスも無料で利用できます。 1-866-627-8183 (TTY 1-866-627-8182) に電話します。