



## 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 (TTY: 1-866-627-8182).

**¿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 o 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 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.

---

---

---

<p><b>Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado o su representante):</b></p> <p>_____ <b>Fecha:</b> _____</p>
--

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 destinatario 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.

**Multi-Language Insert**  
**Multi-language Interpreter Services**

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-627-8183. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-627-8183. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-627-8183。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-627-8183。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-627-8183. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-627-8183. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-627-8183 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-627-8183. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-627-8183번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-627-8183. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-627-8183. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-627-8183 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-627-8183. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-866-627-8183. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-627-8183. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-627-8183. Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-627-8183にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。