



Solicitud de Redeterminación de Denegación de Medicamentos Recetados de Medicare

MCS Classicare (HMO) denegó su solicitud para la cobertura de (o pago de) nombre de medicamento prescrito. Usted tiene derecho a solicitar una redeterminación (apelación) de nuestra decisión. **Use este formulario para apelar esta decisión.**

- Usted puede solicitar una apelación dentro de los 65 días a partir de la fecha de nuestro Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare.
- Usted también puede solicitar una apelación a través de nuestro sitio web en www.mcsclassicare.com.
- Las solicitudes de apelación acelerada se pueden realizar por teléfono al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182). Del 1 de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

Su médico puede solicitar una apelación en su nombre. Si usted desea que otra persona (como un familiar o un amigo) solicite una apelación por usted, esa persona debe ser su representante. Llámenos al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182) para saber cómo nombrar a un representante.

Información del afiliado al plan

Nombre del afiliado: _____

Número de ID del afiliado: _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____

Dirección postal: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Información de la receta y del médico

Nombre del medicamento que usted solicitó: _____

Potencia/cantidad/dosis: _____

Nombre del médico: _____

Dirección de la oficina: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono de la oficina: _____ Fax de la oficina: _____

Persona de contacto de la oficina: _____

¿Ya compró este medicamento? ☐ Yes ☐ No

Si es SI:

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

Nombre de la farmacia: _____

Teléfono de la farmacia: _____

¿Necesita una decisión acelerada (rápida)?

☐ **Marque esta casilla si cree que necesita una decisión dentro de 72 horas.** Si tiene una declaración de su médico, adjúntela a esta solicitud.

- Si usted o su médico creen que esperar 7 días para una decisión estándar podría perjudicar seriamente su vida, su salud o su capacidad de recuperar su máxima funcionalidad, puede solicitar una decisión acelerada (rápida).
- Si su médico indica que esperar 7 días podría perjudicar seriamente su salud, automáticamente le daremos una decisión dentro de 72 horas. Usted no puede solicitar una apelación acelerada si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya recibió.
- Si usted no obtiene el apoyo de su médico para una apelación acelerada, decidiremos si su caso requiere una decisión rápida.

Explique por qué cree que este medicamento debería estar cubierto

- Adjunte cualquier información adicional que crea que pueda ayudar a su caso, como una declaración de su médico o registros médicos.
- Incluya una copia del Aviso de Denegación de Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare
- Su médico deberá explicar por qué usted no puede cumplir con las reglas de cobertura de nuestro plan y/o por qué los medicamentos requeridos por el plan no son médicamente apropiados para usted.
- Otra información que debemos considerar: _____

Información del representante

Complete esta sección SOLO si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado o el médico del afiliado. Debe adjuntar documentación que demuestre su autoridad para representar al afiliado (como un formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o un equivalente escrito) si no fue presentado en el nivel de determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, llámenos al 1-866-627-8183 (TTY: 1-866-627-8182).

Nombre del representante: _____

Relación con el afiliado: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

H5577_24940925_C

Teléfono: _____

Firme y envíe este formulario

Firma de la persona que solicita la apelación (el afiliado, médico o representante):

Firma: _____ **Fecha:** _____

**Envíe por fax o correo el formulario completado y cualquier
información de respaldo a:**

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

Número de fax:
1-866-763-9097

MCS Classicare es un plan HMO ofrecido 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.



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 Sprachassistenzen 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.



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

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: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए उपलब्ध हैं। सुलभ परारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक एड्स और सेवाएं भी निः शुल्क उपलब्ध हैं। कॉल 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。