



## FORMULARIO DE REEMBOLSO DIRECTO AL AFILIADO

Por favor, adjunte un recibo detallado de la farmacia que incluya la información desplegada en este formulario. Si esta información no está en el recibo, por favor haga que el farmacéutico complete y firme este formulario e incluya el comprobante de pago. **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 y copagos.**

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	
<input type="checkbox"/> No tiene aún tarjeta de identificación	<input type="checkbox"/> Co-pago incorrecto
<input type="checkbox"/> Utilizó una Farmacia Fuera de la Red	<input type="checkbox"/> Farmacia no puede procesar la receta electrónicamente.
<input type="checkbox"/> Reclamación de Coordinación de Beneficios (COB) Si se selecciona, identifica el nombre del plan:	<input type="checkbox"/> Otro. Por favor, explique:

Por favor adjunte los recibos detallados de los medicamentos o puedes 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 la Receta				
Medicamento #1:				
Nombre del Medicamento	Fecha de Despacho	Cantidad Despachada	Días de Suplido	Cantidad de Pago
Número de NDC	Nombre del Médico	NPI del Médico	Número de Rx	NPI de Farmacia

**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. **H5577\_5050922\_C**

<b>Medicamento #2:</b>				
Nombre del Medicamento	Fecha de Despacho	Cantidad Despachada	Días de Suplido	Cantidad de Pago
Número de NDC	Nombre del Médico	NPI del Médico	Número de Rx	NPI de Farmacia

<b>Información de la Receta</b>				
<b>Medicamento #3:</b>				
Nombre del Medicamento	Fecha de Despacho	Cantidad Despachada	Días de Suplido	Cantidad de Pago
Número de NDC	Nombre del Médico	NPI del Médico	Número de Rx	NPI de Farmacia
<b>Medicamento #4:</b>				
Nombre del Medicamento	Fecha de Despacho	Cantidad Despachada	Días de Suplido	Cantidad de Pago
Número de NDC	Nombre del Médico	NPI del Médico	Número de Rx	NPI de Farmacia

### **Instrucciones especiales:**

Debemos ser capaces de leer claramente la información en el recibo de la etiqueta del medicamento o su reclamación puede ser retrasada o denegada. Por favor, envíe por correo o fax el (los) recibo(s) de las etiquetas de los medicamentos, recibo(s) de la caja registradora, y el formulario completado:

Por correo a: MCS Advantage, Inc.

Departamento de Farmacia

P.O. Box 191720

San Juan, PR 00919-1720

Fax al: 1-866-763-9097

De necesitar ayuda para llenar este formulario, por favor llámenos al Centro de Servicios de

Llamadas al número en 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**

**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. **H5577\_5050922\_C**

**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. He indicado en el área de coordinación de beneficios arriba mencionado si hay cubierta primaria de medicamentos recetados bajo otro plan de salud. Autorizo la liberación de toda la información relacionada con esta reclamación a MCS Classicare; el administrador de beneficios de medicamentos recetados; 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**

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. **H5577\_5050922\_C**

**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 대해 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。