

SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA BENEFICIO CANNABIS MEDICINAL

Para completar el formulario, por favor, lea las instrucciones.

SECCIÓN A - INFORMACIÓN DEL ASEGURADO O DEPENDIENTE			
Núm. de contrato:	Nombre del asegurado o dependiente:	Inicial:	Apellidos del asegurado o dependiente:
Dirección postal (Urb. # de Calle, Apartado Postal, Ciudad, País, Código Postal):		Número de grupo:	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ mes día año
Número de teléfono de residencia:	Número de fax:	Número de teléfono alterno:	
Número de id de paciente para uso de cannabis medicinal:	Nombre del dispensario:	Número de teléfono del dispensario:	Localidad del dispensario:
Fecha de expiración de Id de paciente para uso de cannabis medicinal:			
SECCIÓN B - AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO O DEPENDIENTE			
Certifico que la información ofrecida en este formulario es correcta y completa.			
_____ Firma del asegurado o representante autorizado		_____ Fecha	
SECCIÓN C - INFORMACIÓN PARA USO INTERNO EN MCS			
Código de servicio:	DX:	Proveedor:	Fecha de servicio (fecha de compra):

INSTRUCCIONES

I. POR FAVOR, LEA ESTA INFORMACIÓN IMPORTANTE

Utilice este formulario para solicitar reembolso por gastos pagados para el beneficio de cannabis medicinal, sujeto a la aplicabilidad del mismo. Para detalles de su cubierta, referirse a su Póliza o Certificado.

Para solicitar un reembolso deberá completar este formulario e incluir documentación que confirme la compra (se requiere recibo emitido por Clínica Verde o alguno de sus dispensarios afiliados incluidos en el Directorio) y la autorización del paciente para uso de cannabis medicinal (licencia vigente expedida por el Departamento de Salud).

El reembolso está disponible para cada asegurado o dependiente dentro de la póliza de salud que tenga la edad de veintiuno o más. Si usted reclama gastos para más de un miembro de su familia, deberá llenar un formulario de reembolso por cada miembro.

Complete los encasillados del formulario de trámite para reembolso. Usted deberá incluir junto a su formulario debidamente cumplimentado, los siguientes documentos:

- Copia de licencia de paciente autorizado para uso de cannabis medicinal emitido por el Departamento de Salud de PR, **vigente**.
- Recibo original de compra de acuerdo a su beneficio en cubierta para reembolso, emitido por el dispensario, que sea legible e incluya la siguiente información: Nombre de Dispensario, teléfono de dispensario, número de licencia de paciente autorizado para uso de cannabis medicinal emitido por el Departamento de Salud de PR, del asegurado de MCS que realiza la compra del producto. Para renovación u obtención de licencia de paciente autorizado, deberá incluir el recibo de pago emitido por la compañía con la que se realizó el trámite a través de Clínica Verde o sus dispensarios afiliados.

Las solicitudes que no incluyan la información solicitada no serán procesados.

Usted deberá enviar el formulario de reembolso con los anejos a la dirección de correo electrónico: reembolsocm@medicalcardsystem.com

Si tiene alguna pregunta en relación a este formulario, puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 787.281.2800 (área metro) o al 1.888.758.1616 (libre de cargos), de lunes a viernes de 8:00a.m. a 8:00p.m. y sábados de 8:00a.m. a 4:30p.m.

II. EXCLUSIONES O LIMITACIONES

El beneficio no está disponible para compras de productos que no requieren licencia de paciente autorizado para uso de cannabis medicinal emitido por el Departamento de Salud.

El beneficio no está disponible para asegurados que sean menores de la edad de veintiuno (21).

El beneficio no está disponible para asegurados que estén inactivos en su póliza de salud al momento de haber realizado una compra de un producto de cannabis medicinal.

El beneficio no está disponible para asegurados que no tengan licencia vigente de paciente autorizado para uso de cannabis medicinal emitido por el Departamento de Salud.

III. NOTA DE CONFIDENCIALIDAD

Este formulario, una vez completado, contiene información privilegiada y confidencial, por lo que la información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad a la cual va dirigida. Si usted recibe la misma por equivocación o error, no está autorizado a revisar, divulgar, diseminar, distribuir o fotocopiar la misma. Si recibió esta información por error, favor de notificar inmediatamente al 787.758.2500 para hacer los arreglos de devolución o destrucción de los documentos.

IV. AVISO DE FRAUDE

De acuerdo con las disposiciones de la Ley Número 230 del 9 de agosto de 2008, le advertimos que el Artículo 27.250 del Código de Seguros de Puerto Rico dispone lo siguiente: "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayude o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años."

V. USOS Y DIVULGACIONES AUTORIZADAS POR LEY DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

MCS Life Insurance Company tiene el deber y el compromiso de mantener la privacidad y confidencialidad de su información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) conforme a la Ley Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). MCS Life Insurance Company como administrador del plan puede divulgar PHI sin autorización del asegurado para llevar a cabo funciones relacionadas con su tratamiento, pago de servicios médicos y operaciones de cuidado de salud.