

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Parte 1: Información del afiliado

- Llene toda la información solicitada en la Parte 1. El número de identificación de CarePlus se encuentra en la tarjeta de identificación de afiliado.

Nota: No están cubiertos los medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios; e.g. a bordo de cruceros.

Parte 2: Información de los recibos

- Incluya todos los recibos originales de la farmacia. Los recibos de la caja registradora no son suficientes. Pegue los recibos con cinta adhesiva en una hoja por separado y envíelos con el formulario de reclamación. Si los medicamentos se suministraron en la sala de emergencias o en el consultorio del médico, envíe un resumen detallado.
- Los recibos deben contener la información que se detalla en la Parte 2 del formulario de reclamación a continuación.

Parte 3: Información de la farmacia

- Proporcione información sobre la farmacia o el consultorio médico donde se obtuvieron los medicamentos.
- Favor de enviar un formulario por cada una de las farmacias en las que compra medicamentos.

Si no se encuentra la información requerida en los recibos, por favor solicítelos al farmacéutico o al consultorio médico. Recuerde conservar una copia del formulario de reclamación llenado y de los recibos para sus archivos personales.

Una vez llenadas todas las secciones, por favor firme y escriba la fecha. Su firma certifica que toda la información se presenta con precisión mediante el formulario llenado y los recibos adjuntos.

Envíe el formulario llenado y los recibos a:
 CarePlus Health Plans, Inc.
 Attention: Member Services Department
 11430 NW 20th Street, Suite 300
 Miami, FL 33172

PARTE 1: INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Número de identificación de CarePlus	Fecha de nac. (mm/dd/aaaa)		Residencia del paciente: <input type="checkbox"/> Domicilio del afiliado <input type="checkbox"/> Hogar de convalecientes <input type="checkbox"/> Vivienda asistida <input type="checkbox"/> Hogar colectivo <input type="checkbox"/> Cuidado intermedio <input type="checkbox"/> Hospicio
Apellido del afiliado	Nombre	Inicial del segundo nombre	
Género			
Masculino Femenino			
Dirección del domicilio del afiliado			
Ciudad	Estado	Código postal	

PARTE 2: INFORMACIÓN DE LOS RECIBOS

Asegúrese de que su recibo incluya la siguiente información:

Fecha de surtido	Cantidad
Nombre del medicamento	Días de suministro
Concentración del medicamento	Precio de la receta (incluyendo impuestos)
Forma de dosificación	Nombre del médico
Número de receta	Identificación del médico (Núm. NPI o DEA)
Código nacional de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés)	Si el medicamento es un compuesto, enumere los códigos NDC de todos los ingredientes y la cantidad de cada uno

Dispensar tal como está escrito (DAW):

0 – No corresponde	1 – El médico ordena que se dispense el producto de marca
2 – El paciente ordena que se dispense el producto de marca	5 – De marca presentado como genérico
7 – Marca ordenada por ley estatal	

PARTE 3: INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia _____ Identificación de la farmacia (Núm. NABP o NPI) _____

Dirección comercial de la farmacia _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono de la farmacia _____

Tipo de servicio de farmacia:	Venta al por menor	Venta de compuestos preparados	Infusión en el hogar	Institucional	Pedido por correo
	Cuidado a largo plazo	Organización de cuidado administrado		Especialidad	Otro

Descripción del inconveniente:

La farmacia no acepta mi plan de CarePlus

La farmacia no pudo procesar mi reclamación de manera electrónica

No tenía la información de mi plan al momento de la compra

Me cobraron medicamentos que recibí durante una visita a la sala de emergencias

Creo que la reclamación se pagó de manera incorrecta

Se me administró una vacuna cubierta por la Parte D en el consultorio de mi médico

Surtí el medicamento durante una emergencia

Favor de explicar cuál es el inconveniente: _____

AVISO IMPORTANTE CON RESPECTO A LA RECLAMACIÓN

Precaución: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a una persona: (1) presenta una solicitud ante el seguro o una declaración de reclamación que contiene información esencialmente falsa; u (2) oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con todo hecho relevante de ese documento, comete un acto fraudulento.

Firma del afiliado _____ Fecha _____

CarePlus es un plan HMO con un contrato de Medicare. La afiliación en CarePlus depende de la renovación del contrato.

La discriminación es contra la ley

CarePlus Health Plans, Inc. ("CarePlus") cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión. CarePlus no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión. CarePlus proporciona:

- Asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados de lenguaje de señas
 - Interpretación remota por video
 - Información escrita en otros formatos
- Servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, cuando dichos servicios son necesarios para proporcionar un acceso significativo, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, llame al número que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado o comuníquese con Servicios para Afiliados usando la información a continuación.

Si considera que CarePlus no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, o religión, puede presentar una queja con:

CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Departamento de Servicios para Afiliados. 11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172. Teléfono: **1-800-794-5907; (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Fax: **1-800-956-4288**.

Puede presentar la queja en persona, por correo postal, teléfono o fax. Si necesita ayuda para hacer la queja, nuestros representantes de Servicio para Afiliados están a su disposición usando la información de contacto detallada anteriormente. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201. **1-800-368-1019; 800-537-7697 (TDD)**. Puede obtener los formularios de quejas en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-794-5907 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-794-5907 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-794-5907 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-794-5907 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-794-5907 (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços lingüísticos, grátis. Ligue para 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-794-5907 (TTY: 711).

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-794-5907 (TTY: 711).

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-794-5907 (TTY: 711).

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, koji' hódííłnih 1-800-794-5907 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-794-5907 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).