

Formulario de reclamación de medicamentos recetados para reembolso del afiliado

Sección 1: Información del afiliado

Instrucciones de la Sección 1:

1. Complete esta sección en su totalidad y envíe esta solicitud dentro del período de presentación, que es de **36 meses a partir de la fecha en que se surte la receta**. Si desea formular preguntas sobre el período de presentación, llame al número que figura en la parte posterior de la tarjeta de identificación del afiliado;
2. Si presenta una solicitud en la que se obtuvieron medicamentos de varias farmacias o médicos, o si una solicitud es para varios afiliados, envíe un formulario por separado para cada farmacia o médico y afiliado.

<u>Número de identificación del afiliado (obligatorio):</u>		<u>Número de identificación de Medicare:</u>	
<u>Nombre del afiliado (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):</u>		<u>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):</u>	
<u>Dirección:</u>		<u>Número de teléfono:</u>	
<u>Ciudad:</u>	<u>Estado:</u>	<u>Código postal:</u>	
<u>Sexo:</u>	<u>Persona que completa el formulario:</u> <input type="radio"/> Afiliado <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo <input type="radio"/> Otro: _____		
<u>Residencia del paciente:</u> <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Hogar de ancianos <input type="radio"/> Residencia asistida <input type="radio"/> Centro de atención inmediata <input type="radio"/> Hospicio			

¿Es el afiliado elegible para la cobertura para medicamentos recetados primaria de otro proveedor de seguros?

N S

Si la respuesta es sí: ¿Se presentó la reclamación al otro proveedor de seguros?

N S

¿Pagó el otro proveedor de seguros como asegurador principal?

N S

Nombre de otro proveedor de seguros: _____ Identificación del afiliado: _____

Sección 2: Información de farmacias y proveedores

Instrucciones de la Sección 2:

1. Proporcione la información solicitada sobre la farmacia donde se recibieron los medicamentos Y el médico que los recetó.
2. Su farmacia y su médico podrán ayudarle si le falta algún dato.

Información de la farmacia

<u>Nombre de la farmacia:</u>		<u>Número NCPDP o NPI de la farmacia:</u>	
<u>Dirección:</u>		<u>Número de teléfono:</u>	
<u>Ciudad:</u>	<u>Estado:</u>	<u>Código postal:</u>	
<u>Tipo de servicio de farmacia:</u> <input type="radio"/> Minorista <input type="radio"/> Compuestos <input type="radio"/> Infusión en el hogar <input type="radio"/> Institucional <input type="radio"/> Atención a largo plazo <input type="radio"/> Organización de atención administrada <input type="radio"/> Pedido por correo <input type="radio"/> Especializada			

Formulario de reclamación de medicamentos recetados
para reembolso del afiliado

Información del médico

<u>Nombre del médico:</u>		<u>Número de NCPDP o NPI del médico:</u>		<u>Identificación fiscal del médico:</u>	
<u>Dirección:</u>			<u>Número de teléfono:</u>		
<u>Ciudad:</u>		<u>Estado:</u>		<u>Código postal:</u>	

Sección 3: Información sobre medicamentos

Instrucciones de la Sección 3:

1. Complete el espacio a continuación en su totalidad para **CADA** medicamento solicitado. Si falta alguna información, no podremos procesar su solicitud. Su farmacia puede proporcionarle cualquier dato que le falte.
2. Incluya los recibos de farmacia **Y** el comprobante de pago. Pegue los recibos con cinta adhesiva en una página separada y envíelos junto con el formulario de reclamación. Si el medicamento fue administrado en la sala de emergencias o en el consultorio médico, incluya una declaración detallada.

Nota: Los servicios incurridos fuera de los Estados Unidos no son pagaderos en virtud de los planes de Medicare.

<u>¿Es este un medicamento compuesto?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <i>Si la respuesta es sí, adjunte el formulario compuesto de la farmacia si está disponible</i>			
<u>¿Se surtió esta receta fuera de los EE. UU.?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
<u>¿Es una vacuna?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		<i>Si la respuesta es sí:</i> Costo de la vacuna: \$_____ Cargo por administración: \$_____	
<u>Código farmacológico nacional (NDC)</u>	<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Costo total:</u> \$_____	
<u>Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):</u>	<u>Número de la receta:</u>	<u>Cant.:</u>	<u>Suministro para días:</u>
<u>Presentación</u>	<u>Concentración:</u>	<u>Código de entregar como se especifica (si corresponde):</u>	

<u>¿Es este un medicamento compuesto?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <i>Si la respuesta es sí, adjunte el formulario compuesto de la farmacia si está disponible</i>			
<u>¿Se surtió esta receta fuera de los EE. UU.?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
<u>¿Es una vacuna?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		<i>Si la respuesta es sí:</i> Costo de la vacuna: \$_____ Cargo por administración: \$_____	
<u>Código farmacológico nacional (NDC)</u>	<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Costo total:</u> \$_____	
<u>Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):</u>	<u>Número de la receta:</u>	<u>Cant.:</u>	<u>Suministro para días:</u>
<u>Presentación</u>	<u>Concentración:</u>	<u>Código de entregar como se especifica (si corresponde):</u>	

**Formulario de reclamación de medicamentos recetados
para reembolso del afiliado**

<u>¿Es este un medicamento compuesto?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <i>Si la respuesta es sí, adjunte el formulario compuesto de la farmacia si está disponible</i>			
<u>¿Se surtió esta receta fuera de los EE. UU.?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
<u>¿Es una vacuna?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		<i>Si la respuesta es sí:</i> Costo de la vacuna: \$ _____ Cargo por administración: \$ _____	
<u>Código farmacológico nacional (NDC)</u>		<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Costo total:</u> \$ _____
<u>Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):</u>	<u>Número de la receta:</u>	<u>Cant.:</u>	<u>Suministro para días:</u>
<u>Presentación</u>	<u>Concentración:</u>	<u>Código de entregar como se especifica</u> <u>(si corresponde):</u>	

<u>¿Es este un medicamento compuesto?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <i>Si la respuesta es sí, adjunte el formulario compuesto de la farmacia si está disponible</i>			
<u>¿Se surtió esta receta fuera de los EE. UU.?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
<u>¿Es una vacuna?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		<i>Si la respuesta es sí:</i> Costo de la vacuna: \$ _____ Cargo por administración: \$ _____	
<u>Código farmacológico nacional (NDC)</u>		<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Costo total:</u> \$ _____
<u>Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):</u>	<u>Número de la receta:</u>	<u>Cant.:</u>	<u>Suministro para días:</u>
<u>Presentación</u>	<u>Concentración:</u>	<u>Código de entregar como se especifica</u> <u>(si corresponde):</u>	

[Si necesita espacio adicional, puede acceder a un formulario de información de medicamentos en blanco en nuestro sitio web en: <https://www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-claim-forms>]

Sección 4: Motivo de la solicitud

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La farmacia no aceptará mi plan de Humana. | <input type="checkbox"/> Recibí una vacuna cubierta por la Parte D en el consultorio de mi médico |
| <input type="checkbox"/> No tenía la información de mi plan al momento de la compra | <input type="checkbox"/> Obtuve el medicamento durante un desastre natural o estado de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Me cobraron los medicamentos que recibí durante una consulta en la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Otros detalles: _____ |
| <input type="checkbox"/> Creo que la reclamación se pagó incorrectamente | _____ |
| <input type="checkbox"/> Recibí un medicamento mientras estaba en un crucero (incluya el itinerario del crucero con la solicitud) | _____ |

Explique más detalladamente la dificultad: _____

AVISO IMPORTANTE DE LA RECLAMACIÓN

Advertencia: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, (1) presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información errónea; u (2) oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto fraudulento.

Sección 5: Firma y envío

NOTA: Si este formulario está firmado por cualquier persona que no sea el afiliado, se requiere documentación adicional que autorice a ese representante. Esto puede incluir un formulario o una declaración de Designación de representante (AOR, por sus siglas en inglés), un poder notarial (POA, por sus siglas en inglés) u otra documentación legal. Hay un formulario de AOR disponible en <https://www.humana.com/member/documents-and-forms> para su comodidad.

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

Envíe el **formulario** completado y los **recibos**:
Correo postal: Humana Pharmacy Solutions
P.O. Box 14310
Lexington, KY 40512-4140
Fax: 1-877-210-5592

¡Importante!

Es fundamental que usted reciba un trato justo.

El Programa NET para Beneficiarios con Ingresos Limitados de Medicare no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil ni religión. Las leyes prohíben la discriminación. El Programa NET para Beneficiarios con Ingresos Limitados de Medicare cumple con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si cree que ha sido discriminado por el Programa NET para Beneficiarios con Ingresos Limitados de Medicare, hay maneras de obtener ayuda.

- Usted puede presentar un reclamo, también conocido como queja formal, a:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-783-1307** o, si utiliza un TTY, llame al **711**.
- También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del Portal de reclamos, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o bien por teléfono al **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios para reclamos están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Residentes de California:** también puede llamar al número gratuito de la línea directa del Departamento de Seguros de California al **1-800-927-HELP (4357)** para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

1-800-783-1307 (TTY: 711)

El Programa NET para Beneficiarios con Ingresos Limitados de Medicare provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 1-800-783-1307 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오 .

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Wóda hí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowoł.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك