



Formulario de reclamo para medicamentos recetados de Medicare Parte D

Instrucciones para el formulario de reclamo

Lea atentamente este formulario antes de completarlo. **Los formularios de reclamo que no incluyan la información requerida pueden retrasar o impedir el procesamiento de su solicitud de reembolso. Completar y enviar este formulario no garantiza el reembolso. Los reclamos están sujetos a limitaciones, exclusiones y otras disposiciones de su plan de beneficios.**

Parte 1: Información del afiliado (a ser completado por el afiliado)

1. Complete toda la información de la Parte 1. El número de identificación de afiliado/titular se encuentra en su tarjeta de seguro.
2. Envíe los reclamos dentro del plazo de presentación especificado por su plan de salud. Si tiene preguntas sobre los plazos de presentación, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de seguro.
3. Envíe un formulario de reclamo por separado para cada paciente y farmacia en la que compre medicamentos.
4. **NOTA IMPORTANTE: El pago y la correspondencia relacionada se enviarán al suscriptor principal a menos que proporcione una dirección alternativa en la Parte 1.**

Parte 2: Recibos

1. Envíe los recibos o etiquetas de los medicamentos que contengan la información solicitada (que se muestra a continuación) o pídale a su farmacéutico que complete la Parte 2 y la Parte 3. Si no tiene un recibo del medicamento, se requiere la firma del farmacéutico.
2. Incluya todos los recibos originales de la farmacia. Pegue con cinta los recibos en una hoja separada para enviarlos junto con el formulario de reclamo. Nota: No engrape los recibos u otra documentación al formulario de reclamo.
3. Para reclamos múltiples, utilice el formulario de recetas múltiples.

INFORMACIÓN DE LA RECETA O FARMACIA

Ejemplo de etiqueta de medicamento: Use este ejemplo como guía para encontrar la información requerida. Nota: Cada farmacia puede tener un formato de etiqueta único.

| | |
|--|--|
| Anytime Pharmacy #1234 123 Any Street Home Town, US 12345-6789 | (509)555-1234 Store NPI: 1234567890 |
| RX 1234567 | Date Filled: 1/1/2009 |
| DOE, JANE DOB: 01/01/1900 456 Home Road Home Town, US 12345 | (509)555-5678 |
| Amoxicillin 500 mg capsules (Teva) 00000-1111-22 | DAW: 0 Days Supply: 30 |
| A. SMITH, MD NPI: 4567890123 | |
| U&C: 200.00 | COPAY: 20.00 |

1. Fecha de surtido*
2. N.º de receta
3. Cantidad*
4. Días de suministro*
5. Código nacional de medicamentos (NDC)*
6. Nombre y concentración del medicamento*
7. Nombre del médico
8. ID de proveedor médico nacional (NPI)
9. DAW
10. Precio normal y habitual (U&C)/Precio de la receta*
11. Copago*
12. ID de proveedor nacional de farmacia (NPI)

* Indica la información necesaria para procesar un reclamo. Si no se incluye esta información, puede retrasar o impedir nuestra capacidad para procesar su solicitud de reembolso.

4. Recuerde guardar una copia del formulario de reclamo completo y los recibos para sus registros.
5. Envíe el formulario completo y los recibos a:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108
Fax: 858-549-1569
Correo electrónico: Claims@Medimpact.com



Formulario de reclamo para medicamentos recetados de Medicare Parte D

PARTE 1

*Indica información requerida

| | | |
|---|---|---|
| N.º de suscriptor primario/titular* | Número de grupo | |
| Nombre del plan de salud/aseguradora | Nombre del suscriptor primario* | Fecha de Nac.: (mm/dd/aaaa)* / / |
| Nombre del afiliado: (primer nombre, segundo nombre, apellido)* | Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)* / / | Relación con el suscriptor primario Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> |
| Dirección del suscriptor primario: (Calle, ciudad, estado, código postal) | | |
| Dirección alternativa: (Calle, ciudad, estado, código postal) | | |
| <p>*Si no se especifica una dirección alternativa, la correspondencia y/o el pago se enviarán a la dirección del suscriptor principal registrada en su plan de salud/aseguradora.</p> | | |
| Número de teléfono del afiliado: () | | |

Indique el motivo para presentar manualmente estos reclamos (seleccione una opción):

- Coordinación de beneficios: los reclamos deben presentarse con los recibos de farmacia que identifiquen los copagos efectuados y una Explicación de Beneficios de la aseguradora principal (o el historial de recetas de la farmacia que muestre el pago del seguro primario).
- Se utilizó tarjeta de descuento
- La información del plan de salud/aseguradora o la tarjeta de seguro no están disponibles en el momento de la compra
- Farmacia que no participa en la red
- La farmacia no puede procesar el reclamo electrónicamente
- Emergencia: si es una emergencia, describala a continuación

La presentación manual de los reclamos no garantiza el reembolso.

Describa la emergencia:

PARTE 2

| | | | | | |
|--|-------------------|--|---|---------------------|--|
| N.º de receta | Fecha de surtido* | Nuevo <input type="checkbox"/> Resurtido <input type="checkbox"/> (marque uno) / / | Cantidad* | Días de suministro* | Código nacional de medicamento (11 dígitos)* |
| Nombre y concentración del medicamento * | | | Nombre del médico y número NPI Nombre: _____ NPI: _____ | | Precio de la receta* \$ |
| | | | | | Copago* \$ |

¿Compuesto? Sí No (En caso afirmativo, identifique los ingredientes y las cantidades de NDC en el formulario de reclamo de medicamento compuesto)

PARTE 3

Adhiera aquí la etiqueta de la farmacia o ingrese la información solicitada:

| | | | | |
|------------------------|--------|-----------------------------------|-------------------------|--------|
| Nombre de la farmacia* | | Número de teléfono de la farmacia | | |
| Dirección | | NPI* | | |
| Ciudad | Estado | Código postal | Firma del farmacéutico* | Fecha* |

Entiendo que toda persona que, a sabiendas o intencionalmente, tergiverse, omita o falsifique la información solicitada en este formulario puede ser declarada culpable de un delito y/o estar sujeta a sanciones civiles o penales. Al firmar a continuación, certifica que he leído y que entiendo este formulario, y que la información proporcionada es verdadera y correcta a su leal saber y entender.

Firma del afiliado o representante autorizado*

Fecha*

NOTA: Si un representante autorizado completa y firma este formulario, se debe adjuntar una Autorización de Representación (AOR).



Formulario de reclamo para medicamentos recetados de Medicare Parte D

Formulario de reclamo para recetas múltiples

Debe adjuntarse a un Formulario de medicamentos recetados comerciales o de la Parte D

* Indica información requerida

| | | | | | |
|--|-------------------|---|-----------|----------------------|--|
| N.º de receta | Fecha de surtido* | Nuevo <input type="checkbox"/> Resurtido <input type="checkbox"/> (marque uno) | Cantidad* | Días de suministro* | Código nacional de medicamento (11 dígitos)* |
| / / | | | | | _____ |
| Nombre y concentración del medicamento * | | Nombre del médico y número NPI Nombre: _____ NPI: _____ | | Precio de la receta* | Copago* |
| | | | | \$ | \$ |
| ¿Comuesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, identifique los ingredientes y cantidades de NDC en el Formulario de reclamo de medicamento compuesto) | | | | | |
| N.º de receta | Fecha de surtido* | Nuevo <input type="checkbox"/> Resurtido <input type="checkbox"/> (marque uno) | Cantidad* | Días de suministro* | Código nacional de medicamento (11 dígitos)* |
| / / | | | | | _____ |
| Nombre y concentración del medicamento * | | Nombre del médico y número NPI Nombre: _____ NPI: _____ | | Precio de la receta* | Copago* |
| | | | | \$ | \$ |
| ¿Comuesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, identifique los ingredientes y cantidades de NDC en el Formulario de reclamo de medicamento compuesto) | | | | | |
| N.º de receta | Fecha de surtido* | Nuevo <input type="checkbox"/> Resurtido <input type="checkbox"/> (marque uno) | Cantidad* | Días de suministro* | Código nacional de medicamento (11 dígitos)* |
| / / | | | | | _____ |
| Nombre y concentración del medicamento * | | Nombre del médico y número NPI Nombre: _____ NPI: _____ | | Precio de la receta* | Copago* |
| | | | | \$ | \$ |
| ¿Comuesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, identifique los ingredientes y cantidades de NDC en el Formulario de reclamo de medicamento compuesto) | | | | | |
| N.º de receta | Fecha de surtido* | Nuevo <input type="checkbox"/> Resurtido <input type="checkbox"/> (marque uno) | Cantidad* | Días de suministro* | Código nacional de medicamento (11 dígitos)* |
| / / | | | | | _____ |
| Nombre y concentración del medicamento * | | Nombre del médico y número NPI Nombre: _____ NPI: _____ | | Precio de la receta* | Copago* |
| | | | | \$ | \$ |
| ¿Comuesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, identifique los ingredientes y cantidades de NDC en el Formulario de reclamo de medicamento compuesto) | | | | | |
| N.º de receta | Fecha de surtido* | Nuevo <input type="checkbox"/> Resurtido <input type="checkbox"/> (marque uno) | Cantidad* | Días de suministro* | Código nacional de medicamento (11 dígitos)* |
| / / | | | | | _____ |
| Nombre y concentración del medicamento * | | Nombre del médico y número NPI Nombre: _____ NPI: _____ | | Precio de la receta* | Copago* |
| | | | | \$ | \$ |
| ¿Comuesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, identifique los ingredientes y cantidades de NDC en el Formulario de reclamo de medicamento compuesto) | | | | | |



Formulario de reclamo para medicamentos recetados de Medicare Parte D

Formulario de reclamo de medicamento compuesto

La farmacia o dispensario debe completar la parte restante de este formulario y entregárselo al afiliado/paciente o proporcionarle un Formulario de reclamo universal para un medicamento compuesto.*

- Proporcione un número NDC de 11 dígitos para cada uno de los ingredientes del medicamento.
- Indique los ingredientes del medicamento y la cantidad.
- Indique la cantidad métrica dispensada en cantidad de comprimidos, gramos o mililitros para líquidos, cremas, ungüentos o inyectables.
- Indique el monto que pagó el paciente por la receta.

Recetas de medicamentos compuestos

Para uso interno de la farmacia*

| | | | |
|---------------------|--|--|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Cargo total: | | | \$ |

Nota: Si el medicamento o fármaco fue adquirido en un país extranjero, la moneda se debe convertir a dólares estadounidenses.

La etiqueta original de la receta de la farmacia o el recibo de pago con dinero en efectivo deben adjuntarse a este formulario de reclamo o al Formulario de reclamo universal para un medicamento compuesto. No se devolverán las etiquetas de las recetas ni los recibos; le sugerimos hacer copias para sus registros.

Aviso de No Discriminación

Doctors HealthCare Plans, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color, credos, religión, origen nacional, edad, discapacidad, afiliaciones o creencias políticas, o sexo (incluyendo embarazo, orientación sexual e identidad de género).

Doctors HealthCare Plans:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes cualificados de lengua de signos
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas
- Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles.

Si cree que Doctors HealthCare Plans no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera, puede presentar una queja con:

Doctors HealthCare Plans, Inc.

Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles
2020 Ponce De Leon Blvd, PHI
Coral Gables, FL 33134
Teléfono: 833-342-7463 (TTY: 711)
Fax: 786-578-0293,
Correo Electronico: civilrights@doctorshcp.com

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

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)

Los formularios de queja están disponibles en: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

Polish: UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 833-342-7463 (TTY:711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą”.

Portuguese: ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços de assistência linguística gratuitos estão disponíveis para você. Ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 833-342-7463 (TTY:711) ou converse com seu prestador de serviços.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 833-342-7463 (TTY:711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyon tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 833-342-7463 (TTY:711) o makipag-usap sa iyong provider.”

Thai: หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เราเน้นการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-342-7463 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

Vietnamese: LUU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số Người khuyết tật: 833-342-7463 (TTY:711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.”

AVISO DE DISPONIBILIDAD DE ASISTENCIA LINGÜÍSTICA, AYUDAS AUXILIARES Y SERVICIOS

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids y services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 833-342-7463 (TTY:711) or speak to your provider.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, están disponibles servicios de asistencia lingüística gratuita para usted. También están disponibles sin carga adecuada apoyos y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 833-342-7463 (TTY:711) o hable con su proveedor.

Haitian Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Ed ak sèvis siplemantè awopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 833-342-7463 (TTY:711) oswa pale avèk founisè w la.

Arabic:

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجاناً. اتصل على الرقم - 1-833-342-7463 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

Chinese Traditional: 注意：如果您說[台語]，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請致電 833-342-7463 (TTY:711) 或與您的提供者討論。」

Chinese Simplified: 注意：如果您说[中文]，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 833-342-7463（文本电话：(TTY:711) 或咨询您的服务提供商。

French: ATTENTION: 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 833-342-7463 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachhilfe-Dienste zur Verfügung. Angemessene Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in zugänglichen Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 833-342-7463 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Gujarati: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ ધ્ય છે. માહકૃતીને સુલભ સ્વરૂપમાણી આપવાની યોગ ય સહાયક સાધનો અને સેવાઓ પણ હણન શુદ્ધ ક ઉપલબ્ધ ધ છે. 833-342-7463 (TTY:711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પરદાતા સાથે વાત કરો.

Italian: ATTENZIONE: Se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti per te. Sono disponibili anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili, anch'essi gratuiti. Chiama il 833-342-7463 (TTY:711) o parla con il tuo fornitore.

Korean: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 833-342-7463 (TTY:711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.