

Formulario de reclamación de medicamentos recetados para reembolso del afiliado

Sección 1: Información del afiliado

Sección 1 Instrucciones:

- Cumplimente esta sección en su totalidad y envíe esta solicitud dentro del período de presentación, que es de **365 días a partir de la fecha en que se extiende la receta**. Si desea formular preguntas sobre el período de presentación, llame al número que figura al reverso de su tarjeta de identificación de afiliado.
- Si presenta una solicitud relacionada con medicamentos obtenidos a través de varias farmacias o de varios médicos, o una solicitud relacionada con varios afiliados, envíe un formulario por separado para cada farmacia, médico y afiliado.

<u>Número de identificación del afiliado (obligatorio):</u>			
<u>Nombre del afiliado (apellido, nombre e inicial del segundo nombre):</u>		<u>Fecha de nacimiento (mm/dd/aa):</u>	
<u>Dirección:</u>		<u>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 cuidado inmediato <input type="radio"/> Centro de cuidados paliativos			

¿El afiliado es elegible para la cobertura primaria de medicamentos recetados de otro proveedor de seguros? No Sí

Si responde afirmativamente:

¿Se presentó la reclamación al otro proveedor de seguro? No Sí

¿Pagó el otro proveedor de seguro como aseguradora principal? No Sí

Nombre del otro prov. de seguro: _____ N.º de ident. del afiliado: _____

Sección 2: Información sobre farmacias y proveedores

Sección 2 Instrucciones:

- Proporcione la información solicitada sobre la farmacia en la que se obtuvieron los medicamentos Y sobre el médico que los recetó.
- Su farmacia y su médico podrán ayudarle si le falta alguno de estos datos.

Información de la farmacia

<u>Nombre de la farmacia:</u>		<u>N.º NCPDP o NPI de la farmacia:</u>	
<u>Dirección:</u>		<u>Teléfono:</u>	
<u>Ciudad:</u>	<u>Estado:</u>	<u>Código postal:</u>	
<u>Tipo de servicio de la farmacia:</u> <input type="radio"/> Minorista <input type="radio"/> Medicamentos compuestos <input type="radio"/> Infusión en el hogar <input type="radio"/> Institucional <input type="radio"/> Atención médica a largo plazo <input type="radio"/> Organización de cuidado médico administrado <input type="radio"/> Envío por correo <input type="radio"/> Especialidad			

Formulario de reclamación de medicamentos recetados para reembolso del afiliado
Información de los médicos

<u>Nombre del médico:</u>	<u>N.º NCPDP o NPI del médico:</u>	<u>Ident. fiscal del médico:</u>
<u>Dirección:</u>	<u>Teléfono:</u>	
<u>Ciudad:</u>	<u>Estado:</u>	<u>Código postal:</u>

Sección 3: Información sobre medicamentos recetados

Sección 3 Instrucciones:

1. Complete la información indicada para **CADA** medicamento solicitado. Si falta información, no podremos procesar su solicitud. Su farmacia puede proporcionar los datos que le falten;
2. Incluya todos los recibos de la farmacia **Y** la prueba de pago. Pegue los recibos con cinta adhesiva en una página separada y envíelos junto con el formulario de reclamación.
Si el medicamento se suministró en una sala de emergencias o en el consultorio médico, incluya una declaración detallada.

Tenga en cuenta: Los planes de Medicare no pagan los servicios proporcionados fuera de los Estados Unidos.

<u>¿Es un medicamento compuesto?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
<i>En caso afirmativo, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible</i>			
<u>¿Esta receta se extendió fuera de los EE. UU.?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
<u>¿Es una vacuna?</u>		<i>Si responde afirmativamente:</i>	
<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Costo de la vacuna: \$ _____	Comisión adm.: \$ _____
<u>Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés)</u>	<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Costo total:</u> \$ _____	
<u>Fecha de extensión (mm/dd/aaaa)</u>	<u>Número de la receta:</u>	<u>Cant.:</u>	<u>Días de suministro:</u>
<u>Forma farmacéutica</u>	<u>Concentración:</u>	<u>Dispensar como código escrito (si procede):</u>	

<u>¿Es un medicamento compuesto?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
<i>En caso afirmativo, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible</i>			
<u>¿Esta receta se extendió fuera de los EE. UU.?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
<u>¿Es una vacuna?</u>		<i>Si responde afirmativamente:</i>	
<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Costo de la vacuna: \$ _____	Comisión adm.: \$ _____
<u>Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés)</u>	<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Costo total:</u> \$ _____	
<u>Fecha de extensión (mm/dd/aaaa)</u>	<u>Número de la receta:</u>	<u>Cant.:</u>	<u>Días de suministro:</u>
<u>Forma farmacéutica</u>	<u>Concentración:</u>	<u>Dispensar como código escrito (si procede):</u>	

Formulario de reclamación de medicamentos recetados para reembolso del afiliado

¿Es un medicamento compuesto? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <i>En caso afirmativo, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible</i>			
¿Esta receta se extendió fuera de los EE. UU.? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
¿Es una vacuna? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		Si responde afirmativamente: Costo de la vacuna: \$ _____ Comisión adm.: \$ _____	
<u>Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés)</u>	<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Costo total:</u> \$ _____	
<u>Fecha de extensión (mm/dd/aaaa)</u>	<u>Número de la receta:</u>	<u>Cant.:</u>	<u>Días de suministro:</u>
<u>Forma farmacéutica</u>	<u>Concentración:</u>	<u>Dispensar como código escrito (si procede):</u>	

¿Es un medicamento compuesto? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <i>En caso afirmativo, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible</i>			
¿Esta receta se extendió fuera de los EE. UU.? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
¿Es una vacuna? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		Si responde afirmativamente: Costo de la vacuna: \$ _____ Comisión adm.: \$ _____	
<u>Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés)</u>	<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Costo total:</u> \$ _____	
<u>Fecha de extensión (mm/dd/aaaa)</u>	<u>Número de la receta:</u>	<u>Cant.:</u>	<u>Días de suministro:</u>
<u>Forma farmacéutica</u>	<u>Concentración:</u>	<u>Dispensar como código escrito (si procede):</u>	

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

Sección 4: Motivo de la solicitud

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La farmacia no acepta mi plan de Humana | <input type="checkbox"/> Recibí una vacuna cubierta por la Parte D en el consultorio médico |
| <input type="checkbox"/> No tenía la información sobre mi plan en el momento de la compra | <input type="checkbox"/> Obtuve el medicamento durante un desastre natural o estado de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Se me cobró por los medicamentos recibidos durante una consulta a la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Considero que la reclamación no se pagó de manera correcta | _____ |
| <input type="checkbox"/> Recibí un medicamento mientras estaba en un crucero (el itinerario del crucero debe incluirse con la solicitud) | _____ |

Explique el problema: _____

AVISO IMPORTANTE DE LA RECLAMACIÓN

Advertencia: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o una 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: Firmar y devolver

TENGA EN CUENTA: Si otra persona que no es el afiliado firma este formulario, se requiere documentación adicional que autorice a ese representante. Esto puede incluir un formulario o declaración de Nombramiento de representante (AOR, por sus siglas en inglés), un poder notarial (POA, por sus siglas en inglés), u otra documentación legal. Un formulario de AOR está disponible en <https://www.humana.com/member/documents-and-forms> para su conveniencia.

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

Devuelva el **formulario** completado y los **recibos**:

Correo postal: Humana Pharmacy Solutions

P.O. Box 14140 Lexington, KY 40512-4140

Fax: 1-866-754-5362

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, etnia, estado civil, religión o idioma. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **877-320-1235** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través de su portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de seguros de California): **800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 877-320-1235 (TTY: 711)

Humana 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.

Usted tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 877-320-1235 (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'í béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowoł.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك