

**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.

**Parte 2: Información de los recibos y medicamentos recetados**

- Incluya todos los recibos originales de la farmacia y el/los inserto(s) del paquete para pacientes, si corresponde. Los recibos de la caja registradora no son suficientes. Pegue los recibos y el/los inserto(s) del paquete para pacientes 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.

**Parte 4: Descripción del inconveniente**

- Proporcione información sobre el motivo de su solicitud.  
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.

Si no se encuentra la información requerida en los recibos y el/los inserto(s) del paquete para pacientes, por favor solicítela al farmacéutico o al consultorio médico. Recuerde conservar una copia del formulario de reclamación llenado y de los recibos para sus archivos personales.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para afiliados al 1-800-794-5907; TTY: 711. Del 1 de octubre al 31 de marzo, abrimos 7 días a la semana; de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 abril al 30 de septiembre, abrimos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y los días festivos y le llamaremos dentro de un día hábil.

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 documentos adjuntos.

Envíe por correo el formulario completado, los recibos y el/los inserto(s) del paquete para pacientes a:

CarePlus Health Plans  
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)	Número de identificación de Medicare	Residencia del paciente:	
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	Domicilio del afiliado
Apellido del afiliado	Nombre	Inicial del segundo nombre	<input type="checkbox"/>	Hogar de convalecientes
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	Vivienda asistida
Género	Persona que llena este formulario		<input type="checkbox"/>	Hogar colectivo
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Afiliado	<input type="checkbox"/> Esposo/Esposa	<input type="checkbox"/> Hijo/Hija	<input type="checkbox"/> Cuidado intermedio
Dirección del domicilio del afiliado	<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/>	Hospicio
_____				
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono del afiliado	
_____	_____	_____	_____	

## PARTE 2: INFORMACIÓN DE LOS RECIBOS Y MEDICAMENTOS RECETADOS

Asegúrese de que su recibo incluya la siguiente información:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fecha de surtido   | <input type="checkbox"/> Cantidad                                   |
| <input type="checkbox"/> Nombre del medicamento   | <input type="checkbox"/> Días de suministro                         |
| <input type="checkbox"/> Concentración del medicamento                                    | <input type="checkbox"/> Precio de la receta (incluyendo impuestos) |
| <input type="checkbox"/> Forma de dosificación  | <input type="checkbox"/> Nombre del médico                          |
| <input type="checkbox"/> Número de receta   | <input type="checkbox"/> Identificación del médico (Núm. NPI o DEA) |
| <input type="checkbox"/> Código nacional de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés)* |   |

\*En caso de medicamentos compuestos, el código nacional de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) para cada ingrediente es listado.

Dispense como está escrito (DAW, por sus siglas en inglés): Este código es un mensaje de su médico para el farmacéutico sobre el uso de los medicamentos genéricos. Si aplica a su receta, puede ser encontrado en la etiqueta de la farmacia o su farmacia se lo puede proveer.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| Dispensar tal como está escrito (DAW): | <input type="checkbox"/> 0 – No corresponde  | <input type="checkbox"/> 1 – El médico ordena que se dispense el producto de marca |
|  | <input type="checkbox"/> 2 – El paciente ordena que se dispense el producto de marca | <input type="checkbox"/> 5 – De marca presentado como genérico                     |
|  | <input type="checkbox"/> 7 – Marca ordenada por ley estatal                          |  |

¿Es este un medicamento compuesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es, adjunte el formulario compuesto de la farmacia si está disponible			
¿Se surtió esta receta fuera de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es esta una vacuna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es: Costo de la vacuna: \$_____ Tarifa de administración: \$_____			
Código Nacional de Medicamentos (NDC) Nombre del Medicamento	Costo total	Fecha de surtido (mm/dd/aaaa)	Número Rx
_____	_____	_____	_____
Dispensar como código escrito (si corresponde)	Cantidad	Días de suministro	Potencia de la forma de dosis
_____	_____	_____	_____

¿Es este un medicamento compuesto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es, adjunte el formulario compuesto de la farmacia si está disponible			
¿Se surtió esta receta fuera de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Es esta una vacuna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es: Costo de la vacuna: \$_____ Tarifa de administración: \$_____			
Código Nacional de Medicamentos (NDC) Nombre del Medicamento	Costo total	Fecha de surtido (mm/dd/aaaa)	Número Rx
_____	_____	_____	_____
Dispensar como código escrito (si corresponde)	Cantidad	Días de suministro	Potencia de la forma de dosis
_____	_____	_____	_____

¿Es este un medicamento compuesto?  Sí  No Si es, adjunte el formulario compuesto de la farmacia si está disponible

¿Se surtió esta receta fuera de los Estados Unidos?  Sí  No

¿Es esta una vacuna?  Sí  No Si es: Costo de la vacuna: \$ \_\_\_\_\_ Tarifa de administración: \$ \_\_\_\_\_

Código Nacional de Medicamentos (NDC) Nombre del Medicamento	Costo total	Fecha de surtido (mm/dd/aaaa)	Número Rx
--	-------------	-------------------------------	-----------

Dispensar como código escrito (si corresponde)	Cantidad	Días de suministro	Potencia de la forma de dosis
--	----------	--------------------	-------------------------------

¿Es este un medicamento compuesto?  Sí  No Si es, adjunte el formulario compuesto de la farmacia si está disponible

¿Se surtió esta receta fuera de los Estados Unidos?  Sí  No

¿Es esta una vacuna?  Sí  No Si es: Costo de la vacuna: \$ \_\_\_\_\_ Tarifa de administración: \$ \_\_\_\_\_

Código Nacional de Medicamentos (NDC) Nombre del Medicamento	Costo total	Fecha de surtido (mm/dd/aaaa)	Número Rx
--	-------------	-------------------------------	-----------

Dispensar como código escrito (si corresponde)	Cantidad	Días de suministro	Potencia de la forma de dosis
--	----------	--------------------	-------------------------------

### 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:

<input type="checkbox"/> Venta al por menor	<input type="checkbox"/> Venta de compuestos preparados	<input type="checkbox"/> Infusión en el hogar	<input type="checkbox"/> Institucional	<input type="checkbox"/> Pedido por correo
<input type="checkbox"/> Cuidado a largo plazo	<input type="checkbox"/> Organización de cuidado administrado	<input type="checkbox"/> Especialidad	<input type="checkbox"/> Otro	

#### Información del médico

Nombre del médico Médico NCPDP o NPI

Dirección

Ciudad	Estado	Código postal	Número de telefono
--------	--------	---------------	--------------------

PARTE 4: 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
- Tengo cobertura de medicamentos con otro plan además de CarePlus (Coordinación de Beneficios):
- 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 desastre natural o estado de emergencia
- Recibí el medicamento mientras estaba en un crucero (El itinerario del crucero debe incluirse con solicitud)

Nombre de la Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Afiliado: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**NOTA: Si este formulario es firmado por alguien que no es el afiliado,** se requiere documentación adicional que autorice al representante, la cual puede incluir una declaración o formulario de Nombramiento de un Representante (AOR, por sus siglas en inglés), poder notarial (POA, por sus siglas en inglés), u otro documento legal. El formulario de Nombramiento de un Representante está disponible en: [es.CarePlusHealthPlans.com/members/forms-tools-resources](https://es.CarePlusHealthPlans.com/members/forms-tools-resources).

CarePlus Health Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso a, o el tratamiento y el empleo en, sus programas y actividades. Para cualquier consulta sobre las políticas de no discriminación de CarePlus y/o para presentar una queja, también conocida como queja formal, favor de comunicarse con Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

English: This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number listed above.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele nimewo Sèvis pou Manm nou yo ki nan lis anwo an.