CarePlus HEALTH PLANS

Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados | Para Reembolso al Afiliado

Instrucciones del Formulario de Reclamación

Parte 1: Información del afiliado

- Complete esta sección por completo y envíe esta solicitud dentro del período de presentación que es de 36 meses desde la fecha en que se llena la receta. Para preguntas sobre el período de presentación, por favor llame al número que aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado
- Si está enviando una solicitud donde se obtuvieron medicamentos de múltiples farmacias o médicos o si la solicitud es para múltiples miembros, por favor envíe un formulario separado para cada farmacia o médico y 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 nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al 800-794-5907. Si usa un TTY, llame al 711. Puede llamarnos los siete días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado podría responder su llamada los fines de semana y días festivos. Para el servicio de 24 horas al día, puede visitarnos en **CarePlusHealthPlans.com**.

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: Reembolso Directo para Afiliados
P.O. Box 14140
Lexington, KY 40512-4140

CarePlus HEALTH PLANS

Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados

Parte 1: Información del Afiliado

Número de identificación de CarePlus H	Fecha de nac. (mm/dd/aaaa)	Número de identificación de Medicare	Residencia del paciente: ☐ Domicilio del afiliado ☐ Hogar de convalecientes ☐ Vivienda asistida ☐ Hogar colectivo ☐ Cuidado intermedio ☐ Hospicio
Apellido del afiliado	Nombre	Inicial del segundo nombre	
Género ☐ Masculino ☐ Femenino	Persona que llena este formulario ☐ Member ☐ Spouse ☐ Child ☐ Other		
Dirección del domicilio del afiliado			
City	State ZIP Code		Member Telephone

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

Si es así: ¿Se presentó el reclamo al otro proveedor de seguros? ☐ N ☐ Y

¿El otro proveedor de seguros pagó como el asegurador primario? ☐ N ☐ Y

Nombre del otro proveedor de seguros:	ID de miembro:

Parte 2: Información de los Recibos y Medicamentos Recetados

Asegúrese de que su recibo incluya la siguiente información:

- ☐ Fecha de surtido
- ☐ Nombre del médico
- ☐ Forma de dosificación
- ☐ Cantidad
- ☐ Nombre del medicamento
- ☐ Días de suministro
- ☐ Número de receta
- ☐ Identificación del médico (Núm. NPI o DEA)
- ☐ Concentración del medicamento
- ☐ Precio de la receta (incluyendo impuestos)
- ☐ 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):

- ☐ 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

CarePlus HEALTH PLANS

Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados

¿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 Sí 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 *(sí 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 Sí 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 *(sí 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 Sí 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 *(sí corresponde)*	Cantidad	Días de suministro	Potencia de la forma de dosis

CarePlus HEALTH PLANS

Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados

¿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 Sí 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 *(sí 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: ☐ Venta al por menor ☐ Venta de compuestos preparados ☐ Infusión en el hogar ☐ Especialidad ☐ Otro ☐ Cuidado a largo plazo ☐ Organización de cuidado administrado ☐ Pedido por correo ☐ Institucional

Información del médico

Nombre del médico			Médico NCPDP o NPI
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	Número de telefono

CarePlus HEALTH PLANS

Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados

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

☐ Creo que la reclamación se pagó de manera incorrecta

☐ Recibí el medicamento mientras estaba en un crucero (El itinerario del crucero debe incluirse con solicitud)

☐ 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

☐ Tengo cobertura de medicamentos con otro plan además de CarePlus (Coordinación de Beneficios):

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: Sí 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: **CarePlusHealthPlans.com/Resources**

Tenga en cuenta que el monto de su reembolso puede variar. Esto dependerá de la diferencia entre el monto que pagó en la farmacia y la asignación del plan de CarePlus o la tarifa negociada con la farmacia para ese medicamento. Tenga en cuenta que esto significa que es posible que no reciba el monto total de vuelta. Si el monto que pagó a la farmacia es mayor que la asignación del plan, entonces el reembolso será menor de lo que realmente pagó por el medicamento. Para obtener más información, puede revisar la Política de Reembolso Directo para Miembros en **CarePlusHealthPlans.com/PrescriptionDrugGuides**