

### 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  
PO Box 277810  
Miramar, FL 33027**

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

\*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?  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 ( <i>sí corresponde</i> )	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 ( <i>sí corresponde</i> )	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"/> Especialidad	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Cuidado a largo plazo	<input type="checkbox"/> Organización de cuidado administrado	<input type="checkbox"/> Institucional	<input type="checkbox"/> Pedido por correo	

### 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
- 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:

<https://www.careplushealthplans.com/Resources>