

Formulario de reclamación de medicamentos recetados

Sección 1: Información del afiliado

Instrucciones de la Sección 1:

1. Complete 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 surte la receta**. Si desea formular preguntas sobre el período de presentación, llame al número que figura al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.
2. Si presenta una solicitud en la que se obtuvieron medicamentos de varias farmacias o médicos, o si una solicitud es para varios afiliados, envíe un formulario por separado para cada farmacia o médico y afiliado.

<u>Número de identificación del afiliado (obligatorio):</u>		
<u>Nombre del afiliado (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre):</u>		<u>Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):</u>
<u>Dirección:</u>		<u>Número de teléfono:</u>
<u>Ciudad:</u>	<u>Estado:</u>	<u>Código postal:</u>
<u>Género:</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 atención inmediata <input type="radio"/> Hospicio		

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

Si la respuesta es sí: ¿Se presentó la reclamación al otro proveedor de seguros? N S

¿Pagó el otro proveedor de seguros como asegurador principal? N S

Nombre de otro proveedor de seguros: _____ Identificación del afiliado: _____

Sección 2: Información de farmacias y proveedores

Instrucciones de la Sección 2:

1. Proporcione la información solicitada sobre la farmacia donde se recibieron los medicamentos Y el médico que los recetó.
2. Su farmacia y su médico podrán ayudarle si le falta algún dato.

Información de la farmacia

<u>Nombre de la farmacia:</u>		<u>Número NCPDP o NPI de la farmacia:</u>	
<u>Dirección:</u>		<u>Número de teléfono:</u>	
<u>Ciudad:</u>	<u>Estado:</u>	<u>Código postal:</u>	
<u>Tipo de servicio de farmacia:</u> <input type="radio"/> Venta minorista <input type="radio"/> Compuestos <input type="radio"/> Infusión en el hogar <input type="radio"/> Institucional <input type="radio"/> Atención a largo plazo <input type="radio"/> Organización de atención administrada <input type="radio"/> Pedido por correo <input type="radio"/> Especializada			

Formulario de reclamación de medicamentos recetados

Información del médico

<u>Nombre del médico:</u>	<u>Número de NCPDP o NPI del médico:</u>	<u>Identificación fiscal del médico:</u>
<u>Dirección:</u>	<u>Número de teléfono:</u>	
<u>Ciudad:</u>	<u>Estado:</u>	<u>Código postal:</u>

Sección 3: Información sobre medicamentos recetados

Instrucciones de la Sección 3:

1. Complete el espacio a continuación completamente para **CADA** medicamento solicitado. Si falta alguna información, no podremos procesar su solicitud. Su farmacia puede proporcionarle cualquier dato que le falte.
2. Incluya los recibos de farmacia **Y** el comprobante de pago. Adhiera los recibos con cinta adhesiva en una página separada y envíelos junto con el formulario de reclamación. Si el medicamento fue administrado en la sala de emergencias o en el consultorio médico, incluya una declaración detallada.

Nota: Los servicios incurridos fuera de los Estados Unidos no son pagaderos en virtud de los planes de Medicare.

<u>¿Es este un medicamento compuesto?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <i>Si la respuesta es sí, adjunte el formulario del medicamento compuesto de la farmacia si está disponible</i>			
<u>¿Se surtió esta receta fuera de los EE. UU.?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
<u>¿Es una vacuna?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		<i>Si la respuesta es sí:</i> Cargo por administración: \$ _____ Costo de la vacuna: \$ _____	
<u>Código farmacológico nacional (NDC)</u>	<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Costo total:</u> \$ _____	
<u>Fecha de surtido (dd/mm/aaaa):</u>	<u>Número de la receta:</u>	<u>Cant.:</u>	<u>Suministro para días:</u>
<u>Presentación</u>	<u>Concentración:</u>	<u>Código de entrega como se especifica (si corresponde):</u>	

<u>¿Es este un medicamento compuesto?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <i>Si la respuesta es sí, adjunte el formulario del medicamento compuesto de la farmacia si está disponible</i>			
<u>¿Se surtió esta receta fuera de los EE. UU.?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí			
<u>¿Es una vacuna?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí		<i>Si la respuesta es sí:</i> Cargo por administración: \$ _____ Costo de la vacuna: \$ _____	
<u>Código farmacológico nacional (NDC)</u>	<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Costo total:</u> \$ _____	
<u>Fecha de surtido (dd/mm/aaaa):</u>	<u>Número de la receta:</u>	<u>Cant.:</u>	<u>Suministro para días:</u>
<u>Presentación</u>	<u>Concentración:</u>	<u>Código de entrega como se especifica (si corresponde):</u>	

Formulario de reclamación de medicamentos recetados

¿Es este un medicamento compuesto? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <i>Si la respuesta es sí, adjunte el formulario del medicamento compuesto de la farmacia si está disponible</i>			
¿Se surtió esta receta 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 la respuesta es sí: Costo de la vacuna: \$ _____	
		Cargo por administración: \$ _____	
<u>Código farmacológico nacional (NDC)</u>		<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Costo total:</u> \$ _____
<u>Fecha de surtido (dd/mm/aaaa):</u>	<u>Número de la receta:</u>	<u>Cant.:</u>	<u>Suministro para días:</u>
<u>Presentación</u>	<u>Concentración:</u>	<u>Código de entrega como se especifica (si corresponde):</u>	

¿Es este un medicamento compuesto? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <i>Si la respuesta es sí, adjunte el formulario del medicamento compuesto de la farmacia si está disponible</i>			
¿Se surtió esta receta 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 la respuesta es sí: Costo de la vacuna: \$ _____	
		Cargo por administración: \$ _____	
<u>Código farmacológico nacional (NDC)</u>		<u>Nombre del medicamento:</u>	<u>Costo total:</u> \$ _____
<u>Fecha de surtido (dd/mm/aaaa):</u>	<u>Número de la receta:</u>	<u>Cant.:</u>	<u>Suministro para días:</u>
<u>Presentación</u>	<u>Concentración:</u>	<u>Código de entrega como se especifica (si corresponde):</u>	

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

Sección 4: Motivo de la solicitud

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La farmacia no aceptará mi Plan Humana | <input type="checkbox"/> Recibí una vacuna cubierta por la Parte D en el consultorio de mi médico |
| <input type="checkbox"/> No tenía la información de mi plan al momento de la compra | <input type="checkbox"/> Obtuve el medicamento durante un desastre natural o estado de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Me cobraron los medicamentos que recibí durante una consulta en la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Otros detalles: _____

_____ |
| <input type="checkbox"/> Creo que la reclamación se pagó incorrectamente | |
| <input type="checkbox"/> Recibí un medicamento mientras estaba en un crucero (el itinerario del crucero debe incluirse con la solicitud) | |

Formulario de reclamación de medicamentos recetados

Explique más detalladamente la dificultad:

AVISO IMPORTANTE DE LA RECLAMACIÓN

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

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

Firma del afiliado: _____ Fecha: _____

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

Correo postal: Humana Pharmacy
Solutions
P.O. Box 14140
Lexington, KY 40512-4140

Fax: 1-866-754-5362

Humana Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan, Inc.

ENGLISH: This information is available for free in other languages and formats. Please contact our Customer Service number at **800-477-6931**. If you use **TTY**, call **711**, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

SPANISH: Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al **800-477-6931**. Si usa un **TTY**, marque **711**. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

CREOLE: Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang ak fòma. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Kliyan nou an nan **800-477-6931**. Si ou itilize **TTY**, rele **711**, Lendi - Vandredi, 8 a.m. a 8 p.m.

FRENCH: Ces informations sont disponibles gratuitement dans d'autres langues et formats. N'hésitez pas à contacter notre service client au **800-477-6931**. Si vous utilisez un appareil de télétype (**TTY**), appelez le **711** du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00.

ITALIAN: Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue e formati. La preghiamo di contattare il servizio clienti al numero **800-477-6931**. Se utilizza una telescrivente (**TTY**), chiami il numero **711** dal lunedì al venerdì tra le 8 e le 20:00.

RUSSIAN: Данную информацию можно получить бесплатно на других языках и в форматах. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру **800-477-6931**. Если Вы пользователь **TTY**, звоните по номеру **711** с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00.

Llame si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, dificultades para leer o entender este documento, llámenos al **800-477-6931 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarlo sin costo alguno para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su primer idioma. También podemos ayudarlo si necesita ayuda de la vista o de audición. Consulte su Manual del afiliado en relación a sus derechos.

¡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, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de 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.

- 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 **800-477-6931** o si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., la Oficina de Derechos Civiles**, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **800-477-6931 (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.

Humana Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan Inc.

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **800-477-6931 (TTY: 711)**.

Español: (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **800-477-6931 (TTY: 711)**.

Kreyòl Ayisyen: (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **800-477-6931 (TTY: 711)**.

Tiếng Việt: (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **800-477-6931 (TTY: 711)**.