Formulario de reclamación de medicamentos recetados para reembolso del afiliado

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 tiene 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 relacionada con medicamentos obtenidos a través de distintas farmacias o médicos, o una solicitud relacionada con distintos afiliados, envíe un formulario por separado para cada farmacia, médico y afiliado.

N.° de identificación del afiliado (obligatorio):		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):
Nombre del afiliado (apellido, nombre e inicial del segundo nombre):		
Dirección:		N.° de teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código postal
Género:	Persona que completa el formulario: ☐ Afiliado/a ☐ Esposo/a ☐ Hijo/a ☐ Otro	
Residencia del paciente: ☐ Casa ☐ Hogar de ancianos ☐ Residencia asistida ☐ Cuidado inmediato ☐ Hospicio		

¿El afiliado es elegible para cobertura principal de medicamentos recetados de otro proveedor de seguro? ☐ Sí ☐ No

Si responde sí: ¿Se presentó la reclamación al otro proveedor de seguro? ☐ Sí ☐ No

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

Nombre del otro proveedor de seguro: ____________________ N.° de identificación del afiliado: ______________

Sección 2: Información sobre farmacias y proveedores

Instrucciones de la Sección 2:

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

Información de farmacia

Nombre de la farmacia:		N.° NCPDP o NPI de la farmacia:
Dirección:		N.° de teléfono:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Tipo de servicio de la farmacia: ☐ Minorista ☐ Compuestos ☐ Infusión en el hogar ☐ Institucional ☐ Cuidado a largo plazo ☐ Organización de cuidado médico administrado ☐ Pedido por correo ☐ De especialidad		

Humana Healthy Horizons. in Oklahoma

Información del médico		
Nombre del médico:		
N.º NCPDP o NPI del médico:	Identificación fiscal del médico:	
Dirección:	N.° de teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Sección 3: Información sobre medicamentos recetados

Instrucciones de la Sección 3:

1. Complete la información indicada para **cada** medicamento solicitado. Si falta información, no podremos procesar su solicitud. Su farmacia puede proporcionarle información que le falte.
2. Incluya todos los recibos de la farmacia **y** el comprobante 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 la sala de emergencias o en el consultorio médico, incluya una declaración detallada.

Tenga en cuenta: Los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos no son pagaderos conforme a los planes de Medicare.

¿Es un medicamento compuesto? Si responde que sí, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible ☐ Sí ☐ No			
¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No			
¿Es una vacuna? ☐ Sí ☐ No	Si responde sí: Costo de la vacuna: $ Cargo de administración: $		
Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés):	Nombre del medicamento:		Costo total: $
Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):	N.° de la receta:	Cantidad:	Días de suministro:
Forma de dosificación:	Concentración:		
Despacho con código escrito (si aplica):			

¿Es un medicamento compuesto? Si responde que sí, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible ☐ Sí ☐ No			
¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No			
¿Es una vacuna? ☐ Sí ☐ No	Si responde sí: Costo de la vacuna: $ Cargo de administración: $		
Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés):	Nombre del medicamento:		Costo total: $
Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):	N.° de la receta:	Cantidad:	Días de suministro:
Forma de dosificación:	Concentración:		
Despacho con código escrito (si aplica):			

¿Es un medicamento compuesto? Si responde que sí, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible			☐ Sí ☐ No
¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.?			☐ Sí ☐ No
¿Es una vacuna? ☐ Sí ☐ No	Si responde sí: Costo de la vacuna: $ Cargo de administración: $		
Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés):	Nombre del medicamento:		Costo total: $
Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):	N.° de la receta:	Cantidad:	Días de suministro:
Forma de dosificación:	Concentración:		
Despacho con código escrito (si aplica):			

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-coverages/medicare-claim-forms**

Sección 4: Motivo de la solicitud

- ☐ La farmacia no acepta mi plan de Humana
- ☐ Yo no tenía la información de mi plan en el momento de la compra
- ☐ Se me cobró por medicamentos recibidos durante una consulta a la sala de emergencias
- ☐ Considero que la reclamación no se pagó de manera correcta
- ☐ Recibí un medicamento mientras estaba en un crucero (el itinerario del crucero debe incluirse con la solicitud)
- ☐ Recibí una vacuna cubierta por la Parte D en el consultorio médico
- ☐ Surtí el medicamento durante un desastre natural o estado de emergencia
- ☐ Otro: ____________________

Explique el problema:

____

____

____

____

Aviso importante sobre 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 sustancialmente errónea; o bien (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 Designación de un representante (AOR, por sus siglas en inglés), un poder legal (POA, por sus siglas en inglés), u otra documentación legal. Para su comodidad, puede obtener un formulario de AOR en **https://www.humana.com/member/documents-and-forms**.

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: **866-754-5362**

Llámenos si nos necesita

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para leer o entender este documento, llámenos al **855-223-9868 (TTY: 711)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro. Podemos ayudarle sin costo para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su idioma materno. También podemos brindarle ayuda si tiene dificultades de la vista o la audición. Consulte su Manual para los afiliados para obtener información sobre 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 de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión o idioma. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de Derechos civiles federales. 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 **855-223-9868** 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 EE. UU., 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 en **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, al **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).** Los formularios de quejas están disponibles en **https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf**

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **855-223-9868 (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 Oklahoma es un producto de Medicaid de Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation.

Usted tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

855-223-9868 (TTY: 711)

English Call the number above to receive free language assistance services.

Español (Spanish) Llame al número que se indica arriba para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Tiếng Việt (Vietnamese) Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

繁體中文 **(Chinese)** 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

한국어 **(Korean)** 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위 번호로 전화하십시오.

Deutsch (German) Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

မြန်မာနိုင်ငံ (Burmese) အခမဲ့ ဘာသာစကား အကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများ ရယူရန် အထက်ပါ ဖုန်းနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုပါ။

Hmoob (Hmong) Hu rau tus xov tooj saum toj sauv kom tau txais kev pab txhais lus dawb.

Tagalog (Tagalog – Filipino) Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

Français (French) Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d’assistance linguistique.

ພາສາລາວ (Lao): ໂທຫາເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ ເພື່ອຮັບບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຟຣີ.

ภาษาไทย (Thai): โทรไปที่หมายเลขด้านบนเพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี

اُردُو (Urdu) مفت لسانی اعانت کی خدمات موصول کرنے کے لیے درج بالا نمبر پر کال کریں۔

tsalagi gawonihisdi (Cherokee) ᏫᏴᏓᏏ ᎾᏍᎩ ᏕᏗᎳᏗᏟ ᏗᏎᏍᏓ ᎾᎿ ᎠᏎᏊ ᏕᎶᏂᎦᏍᏗ ᎤᎾᏓᏬᏕᏋᏗ ᎢᏣᎾᏓᏛᏁᏗᎢ.

فارسی (Farsi) برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.