

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.º de identificación del afiliado (obligatorio):		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	
Nombre del afiliado (apellido, nombre e inicial del segundo nombre):			
Dirección:		N.º de teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código postal	
Género:	Persona que completa el formulario: <input type="checkbox"/> Afiliado/a <input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro		
Residencia del paciente: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Hogar de ancianos <input type="checkbox"/> Residencia asistida <input type="checkbox"/> Cuidado inmediato <input type="checkbox"/> 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.º 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.º NCPDP o NPI de la farmacia:	
Dirección:		N.º de teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Tipo de servicio de la farmacia: <input type="checkbox"/> Minorista <input type="checkbox"/> Compuestos <input type="checkbox"/> Infusión en el hogar <input type="checkbox"/> Institucional			
<input type="checkbox"/> Cuidado a largo plazo		<input type="checkbox"/> Organización de cuidado médico administrado	
<input type="checkbox"/> Pedido por correo		<input type="checkbox"/> 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.º 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				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es una vacuna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.º 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				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es una vacuna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.º 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		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es una vacuna? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.º 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

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

