

# Formulario de Reclamaciones de Reembolso Directo al Afiliado por Gastos de Farmacia

## 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 **36 meses a partir de la fecha en que se surte la receta**. Si tiene preguntas sobre el período de presentación, llame al número que aparece en el dorso de su tarjeta de identificación de afiliado;
2. Si presenta una solicitud en la que se obtuvieron medicamentos de varias farmacias o médicos, o una solicitud es para varios afiliados, envíe un formulario separado para cada farmacia o médico y afiliado.

Número de identificación del afiliado (obligatorio):

Número de identificación de Medicare:

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

Género:

Nombre del afiliado (Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre):

Dirección:

Número de teléfono:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Persona que completa el formulario:

Afiliado  Cónyuge  Hijo  Otro:

Residencia del paciente:

Hogar  Hogar para personas de la tercera edad  Vivienda asistida  
 Cuidado inmediato  Hospicio

¿El afiliado es elegible para la cobertura primaria de medicamentos recetados de otro proveedor de seguros?

Sí  No

**Si la respuesta es sí:**

¿Se presentó la reclamación al otro proveedor de seguros?

Sí  No

¿El otro proveedor de seguros pagó como asegurador principal?

Sí  No

Nombre del otro proveedor de seguros:

Identificación del afiliado:

# Humana®

# Formulario de Reclamaciones de Reembolso Directo al Afiliado por Gastos de Farmacia

## Sección 2: Información de la farmacia y del proveedor

### Instrucciones de la sección 2:

1. Brindar 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 alguno de estos datos.

### Información de la farmacia

Nombre de la farmacia:

Número del NCPDP o NPI de la farmacia:

Dirección:

Número 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  Especializada

### Información del médico

Nombre del médico:

Núm. de NCPDP o NPI del médico:

Número de identificación fiscal del médico:

Número de teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

# Formulario de Reclamaciones de Reembolso Directo al Afiliado por Gastos de Farmacia

## Sección 3: Información sobre los medicamentos recetados

### Instrucciones de la sección 3:

1. Completar todos los espacios a continuación para **cada** medicamento solicitado. Si falta algún dato, no podremos procesar su solicitud. Su farmacia puede brindarle cualquier dato que le falte;
2. Se deben incluir los recibos de la farmacia **y** el comprobante de pago. Pegue con cinta adhesiva los recibos en una hoja aparte y envíela con el formulario de reclamación. Si el medicamento se administró en la sala de emergencias o en el consultorio médico, se debe incluir una declaración detallada.

**Tenga en cuenta:** Los planes de Medicare no pagan los servicios proporcionados fuera de los Estados Unidos.

¿Es un medicamento compuesto?  Sí  No

En caso afirmativo, adjunte el formulario de medicamentos compuestos de la farmacia, si está disponible.

¿Se surtió esta receta fuera de los EE. UU.?  Sí  No

¿Es una vacuna?  Sí  No

**Si la respuesta es sí:** Costo de la vacuna: \$ Tarifa de administración: \$

Código Farmacológico Nacional (NDC, por sus siglas en inglés): Nombre del medicamento: Costo total: \$

Fecha de surtido (mm/dd/aaaa): Número de la receta: Cantidad: Días de suministro:

Forma de dosis: Potencia:

Se dispensa como código escrito (si corresponde):

¿Es un medicamento compuesto?  Sí  No

En caso afirmativo, adjunte el formulario de medicamentos compuestos de la farmacia, si está disponible.

¿Se surtió esta receta fuera de los EE. UU.?  Sí  No

¿Es una vacuna?  Sí  No

**Si la respuesta es sí:** Costo de la vacuna: \$ Tarifa de administración: \$

NDC: Nombre del medicamento: Costo total: \$

Fecha de surtido (mm/dd/aaaa): Número de la receta: Cantidad: Días de suministro:

Forma de dosis: Potencia:

## Formulario de Reclamaciones de Reembolso Directo al Afiliado por Gastos de Farmacia

Se dispensa como código escrito (si corresponde):

¿Es un medicamento compuesto?  Sí  No

En caso afirmativo, adjunte el formulario de medicamentos compuestos de la farmacia, si está disponible.

¿Se surtió esta receta fuera de los EE. UU.?  Sí  No

¿Es una vacuna?  Sí  No

**Si la respuesta es sí:** Costo de la vacuna: \$ Tarifa de administración: \$

NDC: Nombre del medicamento: Costo total: \$

Fecha de surtido (mm/dd/aaaa): Número de la receta: Cantidad: Días de suministro:

Forma de dosis: Potencia:

Se dispensa como código escrito (si corresponde):

¿Es un medicamento compuesto?  Sí  No

En caso afirmativo, adjunte el formulario de medicamentos compuestos de la farmacia, si está disponible.

¿Se surtió esta receta fuera de los EE. UU.?  No  Sí

¿Es una vacuna?  Sí  No

**Si la respuesta es sí:** Costo de la vacuna: \$ Tarifa de administración: \$

NDC: Nombre del medicamento: Costo total: \$

Fecha de surtido (mm/dd/aaaa): Número de la receta: Cantidad: Días de suministro:

Forma de dosis: Potencia:

# Formulario de Reclamaciones de Reembolso Directo al Afiliado por Gastos de Farmacia

Se dispensa como código escrito (si corresponde):

## Sección 4: Motivo de la solicitud

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> La farmacia no acepta mi plan de Humana  | <input type="checkbox"/> Recibí una vacuna cubierta por la Parte D en el consultorio del médico  |
| <input type="checkbox"/> Yo no tenía la información de mi plan en el momento de la compra   | <input type="checkbox"/> Surtí mi medicamento durante un desastre natural o estado de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Me cobraron los medicamentos que recibí durante una consulta a la sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés)   | <input type="checkbox"/> Otro:   |
| <input type="checkbox"/> Considero que la reclamación no se pagó de manera correcta   |  |
| <input type="checkbox"/> Recibí un medicamento mientras estaba en un crucero <b>(el itinerario del crucero debe incluirse con la solicitud)</b> |  |

# Formulario de Reclamaciones de Reembolso Directo al Afiliado por Gastos de Farmacia

Explique la dificultad con más detalle:

## Aviso importante sobre la reclamación

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

En [es-www.humana.com/member/documents-and-forms](https://es-www.humana.com/member/documents-and-forms), puede acceder a un formulario de AOR convenientemente.

Firma del afiliado:

Fecha:

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

**Correo postal:** Humana Pharmacy Solutions

P.O. Box 14359

Lexington, KY 40512-4140

Fax: 888-599-2730

Tenga en cuenta que la cantidad de su reembolso puede variar. Esto dependerá de la diferencia entre la cantidad que pagó en la farmacia y el subsidio del plan Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) o la tarifa negociada con la farmacia para ese medicamento. Tenga en cuenta que esto significa que es posible que no reciba la cantidad total. Si la cantidad que pagó a la farmacia es superior al subsidio del plan, el reembolso será inferior a la cantidad que pagó realmente por el medicamento.

Para obtener más información, puede consultar la póliza completa del Reembolso Directo para Afiliados (DMR, por sus siglas en inglés) de Humana en la sección Políticas de cobertura de farmacia de

<https://es-www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-drug-list>.

**Información del Servicio al Cliente**

**Llame gratis al 800-787-3311.**

**Los usuarios de TTY deben llamar al 711.**

**Horario de atención:** todos los días, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del centro.