



FORMULARIO DE RECLAMO DE LA PARTE D DE MEDICARE

Use este formulario para solicitar el reembolso de medicamentos cubiertos que haya comprado al costo al por menor. Llene un formulario por miembro. **Escriba en letra de imprenta legible. Hay más información e instrucciones en el reverso; léalas detenidamente.**

1 Información del Miembro

Id. del Miembro (consulte la tarjeta de identificación)	Nombre del Plan de Salud		
Nombre del Grupo/Empresa	Estado del Plan de Salud		
Apellido	Nombre		Inicial del 2.º Nombre
Dirección Postal	N.º de depto.		
Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

2 Información del Médico y la Farmacia

Nombre del Médico que Receta	Nombre de la Farmacia		
Número de Teléfono con Código de Área del Médico que Receta		Número de Teléfono con Código de Área de la Farmacia	

3 Motivo de la Solicitud

Se surtió sin usar una tarjeta Id. de medicamentos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Se surtió en una farmacia fuera de la red:
Cubierto por otro plan de salud	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
• Si es sí, este otro plan es Primario	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	• Enfermedad mientras viajaba fuera del área de servicio
• Si es primario, incluya la Explicación de Beneficios (EOB), nombre del plan de salud primario:		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
• Consulte la sección C en el reverso del formulario: Coordinación de beneficios		• Una farmacia de la red/farmacia de pedido por correo dentro de una distancia razonable en automóvil no pudo surtirlo oportunamente
Mi farmacia facturó al plan incorrecto	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Un medicamento de venta con receta compuesto (El farmacéutico debe llenar la Sección B en el reverso del formulario)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	• Mientras era paciente en un centro de cuidado de la salud (depto. de emergencias, clínica del proveedor, cirugía como paciente ambulatorio)
Inscrito retroactivamente en el plan	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Se surtió mientras esperaba la aprobación del medicamento	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	• Debido a una catástrofe natural/emergencia estatal o federal

Vacunas de la Parte D

Vacuna recibida en: <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Consultorio médico	Vacuna administrada en: <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Consultorio médico
El reclamo se aplica al: <input type="checkbox"/> Costo de administración <input type="checkbox"/> Costo de la vacuna	

Otro (explique) _____

4 Conformidad

Certifico que el paciente para el cual se presenta este reclamo está cubierto por este programa de medicamentos de venta con receta y que la receta es para el uso exclusivo del paciente mencionado. Además, certifico que los reclamos presentados para el pago no son elegibles para el pago en un programa de seguro automotor sin culpa o de compensación del seguro obrero. También autorizo a divulgar toda la información relativa a este reclamo al administrador del plan, a la compañía aseguradora, al titular de la póliza patrocinada o a la empresa.

X

Firma del Miembro o Representante Autorizado

Fecha

NOTA: Si un Representante Autorizado llena y firma el formulario en lugar del miembro, la solicitud se debe acompañar de una Autorización de Representante (Authorization of Representation, AOR) o el plan debe tener archivado un Poder Legal (Power of Attorney, POA).



Instrucciones para Presentar el Formulario

1. Incluya el recibo original de la farmacia para cada medicamento (no el recibo de la caja registradora). Los recibos de la farmacia deben contener la informacion de la Seccibn A (abajo). Si no tiene los recibos de la farmacia, pidale a la farmacia que se los entregue.
2. Lea detenidamente la Conformidad (seccibn 4) en el anverso de este formulario. Luego firme y escriba la fecha. Imprima la pagina 2 de este formulario en el reverso de la pagina 1.
3. Llene el formulario y envfelo con los recibos de la farmacia a: **OptumRx Claims Department, PO Box 650287, Dallas, TX 75265-0287.**
4. No envíe una solicitud de reembolso si:
 - El plan ya pagó su reclamo del medicamento de venta con receta.
 - Sus copagos o costos del plan de la Parte D se aplicaron a su deducible.
 - Le dijeron que el reclamo se procesd en la interrupcidn de la cobertura.

Nota: Los recibos de caja registradora y tarjeta de credito no son comprobantes de compra. Es posible que los formularios incompletos se devuelvan y que esto retrase el reembolso. No se garantiza el reembolso. Los reclames estan sujetos a los limites, las exclusiones y las disposiciones de su plan.

Section A. Recibos de la Farmacia para Reembolso

Use la siguiente lista de verificacibn para asegurarse de que sus recibos tengan toda la informacion requerida para su solicitud de reembolso:

- Fecha en que se surtib la receta Numero de Cddigo Nacional de Medicamentos (NDC) Numero de la receta ("Rx number")
 Nombre y direccibn de la farmacia Nombre y concentracion del medicamento Cantidad
 Nombre o número de identificacibn del medico que receta

Section B. Informacion de la Farmacia (SOLAMENTE para medicamentos de venta con receta compuestos)

(El farmaceutico debe llenar y firmar esta seccibn)

- Escriba el número de NDC de 11 digitos VÁLIDO (ordenados de mayor a menor segn el costo) en el cuadro de la derecha. Incluya CADA ingrediente usado en el medicamento de venta con receta compuesto.
- Para cada nmero de NDC, indique la cantidad expresada en unidades metricas de comprimidos, gramos, mililitros, cremas, ungrientos, inyectables, etc.
- Indique la cantidad TOTAL que pagó el paciente.
- Se deben adjuntar los recibos al formulario de reclamo.

* La suma de las cantidades individuales debe coincidir con la cantidad total.

+ La suma de los costos de los ingredientes individuales más la tarifa de preparacion debe coincidir con el total de los costos de los ingredientes.

N.º de Receta	Fecha en que se Surtio	Dias de Suministro
N.º de NDC de 11 digitos VÁLIDO	Cantidad*	Ingrediente Costo
Costo de Preparacion		
Total		

X _____
Firma del Farmaceutico

Section C. Coordination de Beneficios

A veces, usted puede tener tanto Medicare como otro plan de seguro. Estos trabajan juntos para pagar los reclamos de la misma persona. Ese proceso se llama coordinacion de beneficios. Las compagnias de seguros coordinan los beneficios para:

-Evitar reclamos duplicados al asegurarse de que los planes no paguen más que la cantidad total del reclamo.

Usted debe presentar los reclamos dentro del año de la fecha de compra o segn lo exija su plan.

Cuando presente una Explicacion de Beneficios de otro plan de salud o de Medicare: Si aún no lo ha hecho, envie el reclamo al plan primario o a Medicare. Una vez que reciba la Explicacion de Beneficios, llene este formulario, presente los recibos de la farmacia y adjunte la Explicacion de Beneficios. La Explicacion de Beneficios debe indicar claramente el costo de la receta y la cantidad pagada por el plan primario o por Medicare.

Cuando presente un recibo de copago: Si su plan primario le exige que pague un copago o coaseguro a la farmacia, usted no necesitará una Explicacion de Beneficios. Simplemente llene este formulario y envíe los recibos de la farmacia que tengan la cantidad que pagó en la farmacia. Estos recibos se usarán en lugar de la Explicacion de Beneficios.



La compañía no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en programas y actividades de salud.

Se proporcionan servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o en letra grande. También puede solicitar hablar con un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación.

ATENCIÓN: Si habla español (**Spanish**), la compañía no discrimina por raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en actividades y programas de salud.

Se brindan servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o en letra grande. También puede solicitar comunicarse con un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

請注意：如果您說中文 (**Chinese**)，公司不会基于种族、肤色、国籍、性别、年龄或残疾而在健康计划和活动中歧视任何人。

为帮助您与我们沟通，我们提供一些免费服务，例如用其他语言书写的信件或大字体。您也可以要求与口译员对话。欲寻求帮助，请拨打您的 ID 卡上列出的免费电话号码。