

Formulario de reclamación de la Parte D de Medicare

Utilice este formulario para solicitar el reembolso de los medicamentos cubiertos comprados a costo minorista.

Complete un formulario por miembro. **Escriba con letra de imprenta clara. Lea atentamente la información adicional y las instrucciones que se indican al dorso.**

1. Información del miembro

Identificación de miembro (consulte la tarjeta de identificación)	Nombre del plan de salud		
Nombre del grupo/empleador	Estado del plan de salud		
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	
Dirección de correo postal			N.º de apto.
Ciudad	Estado	Código postal	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /

2. Información sobre el médico y la farmacia

Nombre del médico que emite la receta	Nombre de la farmacia
Número de teléfono del médico que emite la receta con código de área	Número de teléfono de la farmacia con código de área

3. Motivo de la solicitud Seleccione las opciones adecuadas para su solicitud

Se surtió sin usar una tarjeta de identificación para recetas. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Se surtió en una farmacia fuera de la red:
Está cubierto por otro plan de salud. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	• Enfermedad durante un viaje fuera del área de servicio <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
• Si la respuesta es "sí", ¿se trata de otro plan primario? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	• La farmacia de la red/la farmacia de pedido por correo que se encuentra a una distancia razonable en automóvil no pudo completar el pedido de manera oportuna <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
• Si es primario, incluya la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) e indique el nombre del plan de salud primario: _____	• Mientras era paciente en un centro de atención de la salud (departamento de emergencia, clínica de proveedores, centro de cirugía ambulatoria) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
• Consulte la Sección C ("Coordinación de beneficios") al dorso del formulario	• Debido a una emergencia/desastre natural federal o estatal <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Mi farmacia facturó al plan equivocado. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Una receta compuesta. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (El farmacéutico debe completar la Sección B al dorso del formulario)	
Se inscribió de manera retroactiva en el plan. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Se surtió mientras esperaba la aprobación del medicamento. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

4. Vacunas de la Parte D Antes de presentar una solicitud de reembolso, consulte la sección "Instrucciones para enviar el formulario"

Vacuna recibida en: Farmacia Consultorio del médico
Vacuna administrada en: Farmacia Consultorio del médico
La reclamación se aplica al: Costo de administración Costo de la vacuna

5. Acuse de recibo

Certifico que el paciente para quien se realiza esta reclamación está cubierto en este programa de medicamentos recetados y que la receta es para uso exclusivo del paciente mencionado. También certifico que la reclamación que se presenta para el pago no es elegible para este en virtud del programa de seguro de compensación de los trabajadores o del seguro automovilístico independientemente de la responsabilidad. También autorizo la divulgación de toda la información relacionada con esta reclamación al administrador del plan, el asegurador o el titular de la política patrocinada.

X _____
Firma del miembro o representante autorizado

Fecha

NOTA: Si el formulario es completado y firmado por un representante autorizado en lugar del miembro, la solicitud debe estar acompañada por una Autorización de representación (Authorization of Representation, AOR) o debe encontrarse archivado un poder notarial (Power of Attorney, POA) junto con el plan.

Instrucciones para enviar 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 información de la Sección A (a continuación). Si no tiene recibos de la farmacia, pídale a su farmacia que se los proporcione.
2. Lea detenidamente el Acuse de recibo (sección 4) en el frente de este formulario. Luego firmelo y coloque la fecha. Imprima la página 2 de este formulario al dorso de la página 1.
3. Envíe el formulario completo con los recibos de la farmacia a la siguiente dirección:
Optum Rx Claims Department, PO Box 650287, Dallas, TX 75265-0287.
4. No envíe una solicitud de reembolso. Comuníquese con el número que aparece al dorso de su tarjeta de identificación en los siguientes casos:
 - El plan ya pagó su reclamación de receta.
 - Los copagos o costos de su plan de la Parte D se aplicaron a su deducible.
 - Se le informó que la reclamación se procesó durante el período sin cobertura.

Nota: Los recibos en efectivo y con tarjeta de crédito no se consideran prueba de compra. Los formularios incompletos pueden ser devueltos y pueden retrasar el reembolso. El reembolso no está garantizado. Las reclamaciones están sujetas a los límites, exclusiones y disposiciones de su plan.

Sección A: Recibos de la farmacia para el reembolso

Utilice la siguiente lista de verificación para asegurarse de que sus recibos tengan toda la información requerida para su solicitud de reembolso:

- Fecha en que se surtió la receta Número de Código Nacional de Medicamentos (National Drug Code, NDC)
 Número de receta (número de Rx)
 Nombre y dirección de la farmacia Nombre del medicamento y concentración Cantidad
 Nombre del médico que emite la receta o número de identificación

Sección B: Información de la farmacia (SOLO para medicamentos compuestos recetados)

(Debe completarlo y firmarlo el farmacéutico)

- Escriba un número de NDC de 11 dígitos VÁLIDO (costo de mayor a menor) en la casilla de la derecha. Incluya CADA ingrediente utilizado en el medicamento compuesto recetado.
- Para cada número de NDC, indique la cantidad métrica expresada en el número de comprimidos, gramos, mililitros, cremas, ungüentos, inyectables, etc.
- Indique el monto TOTAL pagado por el paciente.
- Se deben proporcionar los recibos junto con este formulario de reclamación.

* Las cantidades individuales deben ser iguales a la cantidad total.

† Los costos de los ingredientes individuales más los cargos por composición deben ser iguales a los costos totales de los ingredientes.

X _____
Firma del farmacéutico

Nro. de receta	Fecha de surtido	Días de provisión
Nro. de NDC de 11 dígitos VÁLIDO		Cantidad*
Costo del ingrediente [†]		
Carga por composición		
Total		

Sección C: Coordinación de beneficios

En ocasiones, puede tener Medicare y otro plan de seguro. Estos trabajan juntos para pagar las reclamaciones de una misma persona. Este proceso se denomina "coordinación de beneficios". Las compañías de seguros coordinan los beneficios con el siguiente fin: -Evitar pagos duplicados y asegurarse de que los dos planes no paguen más del monto total de la reclamación.

Debe presentar las reclamaciones dentro del plazo de un año a partir de la fecha de compra o según lo exija su plan.

Al presentar una Explicación de Beneficios (EOB) de otro plan de salud o Medicare: Si aún no lo hizo, presente la reclamación al plan primario o a Medicare. Una vez que reciba la EOB, complete este formulario, envíe los recibos de farmacia y adjunte la EOB. La EOB debe indicar claramente el costo de la receta y el monto pagado por el plan primario o Medicare.

Al presentar un recibo de copago: Si su plan primario requiere que usted pague un copago o coseguro a la farmacia, entonces no se necesita una EOB. Simplemente complete este formulario y envíe los recibos de farmacia que muestren el monto que pagó en la farmacia. Estos recibos servirán como EOB.