



# Formulario de reclamo para medicamentos recetados de Medicare Parte D

Instrucciones para el formulario de reclamo

Lea atentamente este formulario antes de completarlo. **Los formularios de reclamo que no incluyan la información requerida pueden retrasar o impedir el procesamiento de su solicitud de reembolso. Completar y enviar este formulario no garantiza el reembolso. Los reclamos están sujetos a limitaciones, exclusiones y otras disposiciones de su plan de beneficios.**

## Parte 1: Información del asociado (a ser completado por el asociado)

1. Completa toda la información de la Parte 1. El número de identificación de asociado/titular se encuentra en su tarjeta de seguro.
2. Envíe los reclamos dentro del periodo de presentación especificado por su plan de salud. Si tiene preguntas sobre los plazos de presentación, llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de seguro.
3. Envíe un formulario de reclamo por separado para cada paciente y farmacia en la que compre medicamentos.
4. **NOTA IMPORTANTE: El pago y la correspondencia relacionada se enviarán al suscriptor principal a menos que proporcione una dirección alternativa en la Parte 1.**

## Parte 2: Recibos

1. Envíe los recibos o etiquetas de los medicamentos que contengan la información solicitada (que se muestra a continuación) o pídale a su farmacéutico que complete la Parte 2 y la Parte 3. Si no tiene un recibo del medicamento, se requiere la firma del farmacéutico.
2. Incluya todos los recibos originales de la farmacia. Pegue con cinta los recibos en una hoja separada para enviarlos junto con el formulario de reclamo. Nota: No engrape los recibos u otra documentación al formulario de reclamo.
3. Para reclamos múltiples, utilice el formulario de recetas múltiples.

## INFORMACIÓN DE LA RECETA O FARMACIA

**Ejemplo de etiqueta de medicamento:** Use este ejemplo como guía para encontrar la información requerida. Nota: Cada farmacia puede tener un formato de etiqueta único.

<b>Anytime Pharmacy #1234</b> 123 Any Street Home Town, US 12345-6789	(509)555-1234 <b>Store NPI: 1234567890</b>
<b>RX 1234567</b>	<b>Date Filled: 1/1/2009</b>
DOE, JANE DOB: 01/01/1900 456 Home Road Home Town, US 12345	(509)555-5678
<b>Amoxicillin 500 mg capsules (Teva)</b> 00000-1111-22      QTY: 45	<b>DAW: 0</b> <b>Days Supply: 30</b>
<b>A. SMITH, MD</b> <b>NPI: 4567890123</b>	
<b>U&amp;C: 200.00</b>	<b>COPAY: 20.00</b>

1. Fecha de surtido\*
  2. N.º de receta
  3. Cantidad\*
  4. Días de suministro\*
  5. Código nacional de medicamentos (NDC)\*
  6. Nombre y concentración del medicamento\*
  7. Nombre del médico
  8. ID de proveedor médico nacional (NPI)
  9. DAW
  10. Precio normal y habitual (U&C)/Precio de la receta\*
  11. Copago\*
  12. ID de proveedor nacional de farmacia (NPI)
- \* Indica la información necesaria para procesar un reclamo. Si no se incluye esta información, puede retrasar o impedir nuestra capacidad para procesar su solicitud de reembolso.*

4. Recuerde guardar una copia del formulario de reclamo completo y los recibos para sus registros.
5. Envíe el formulario completo y los recibos a: Doctors Healthcare Plans, Inc.

Attn: Pharmacy Department  
2020 Ponce De Leon Blvd., PH 1  
Coral Gables, FL 33134  
Fax: 858-357-2614



# Formulario de reclamo para medicamentos recetados de Medicare Parte D

## PARTE 1

\*Indica información requerida

N.º de suscriptor primario/titular*		Número de grupo	
Nombre del plan de salud/aseguradora		Nombre del suscriptor primario*	Fecha de Nac.: (mm/dd/aaaa)* / /
Nombre del asociado: (primer nombre, segundo nombre, apellido) *		Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)* / /	Relación con el suscriptor primario Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>
Dirección del suscriptor primario: (Calle, ciudad, estado, código postal)			
Dirección alternativa: (Calle, ciudad, estado, código postal)			
*Si no se especifica una dirección alternativa, la correspondencia y/o el pago se enviarán a la dirección del suscriptor principal registrada en su plan de salud/aseguradora.			
Número de teléfono del asociado: ( )			

### Indique el motivo para presentar manualmente estos reclamos (seleccione una opción):

Coordinación de beneficios: los reclamos deben presentarse con los recibos de farmacia que identifiquen los copagos efectuados **y** una Explicación de Beneficios de la aseguradora principal (o el historial de recetas de la farmacia que muestre el pago del seguro primario).

Se utilizó tarjeta de descuento

La información del plan de salud/aseguradora o la tarjeta de seguro no están disponibles en el momento de la compra

Farmacia que no participa en la red

La farmacia no puede procesar el reclamo electrónicamente

Emergencia: si es una emergencia, descríbala a continuación

**La presentación manual de los reclamos no garantiza el reembolso.**

**Describe la emergencia:** \_\_\_\_\_

## PARTE 2

N.º de receta	Fecha de surtido* / /	Nuevo <input type="checkbox"/> Resurtido (marque uno)	Cantidad*	Días de suministro*	Código nacional de medicamento (11 dígitos)*	
Nombre y concentración del medicamento *			Nombre del médico y número NPI Nombre: _____ NPI: _____		Precio de la receta* \$	Copago* \$

¿Medicamento magistral?  Sí  No (En caso afirmativo, identifique los ingredientes y las cantidades de NDC en el formulario de reclamo de medicamento magistral)

## PARTE 3

### Adhiera aquí la etiqueta de la farmacia o ingrese la información solicitada:

Nombre de la farmacia*			Número de teléfono de la farmacia			
Dirección			NPI*			
Ciudad	Estado	Código postal	Firma del farmacéutico*			Fecha*

Entiendo que toda persona que, a sabiendas o intencionalmente, tergiversa, omite o falsifique la información solicitada en este formulario puede ser declarada culpable de un delito y/o estar sujeta a sanciones civiles o penales. Al firmar a continuación, certifica que he leído y que entiendo este formulario, y que la información proporcionada es verdadera y correcta a su leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma del asociado o representante autorizado\*

\_\_\_\_\_  
Fecha\*

NOTA: Si un representante autorizado completa y firma este formulario, se debe adjuntar una Autorización de Representación (AOR).



Formulario de reclamo para medicamentos recetados de Medicare Parte D

Formulario de reclamo para recetas multiples

\* Indica información requerida

Form with 5 identical rows for medication claims. Each row includes fields for: N.º de receta, Fecha de surtido\*, Nuevo/Resurtido (marque uno), Cantidad\*, Días de suministro\*, Código nacional de medicamento (11 dígitos)\*, Nombre y concentración del medicamento\*, Nombre del médico y número NPI (Nombre: \_\_\_\_\_, NPI: \_\_\_\_\_), Precio de la receta\* (\$), and Copago\* (\$). Each row also contains a question: ¿Medicamento magistral? □ Sí □ No (En caso afirmativo, identifique los ingredientes y cantidades de NDC en el Formulario de reclamo de medicamento magistral).



Nombre y concentración del medicamento *	Nombre del médico y número NPI Nombre: _____ NPI: _____	Precio de la receta* \$	Copago* \$
¿Medicamento magistral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, identifique los ingredientes y cantidades de NDC en el Formulario de reclamo de medicamento magistral)			



[MedImpact.com](https://www.MedImpact.com)

Copyright © 2020 MedImpact Healthcare Systems, Inc. Todos los derechos reservados.



## LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

Doctors HealthCare Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, embarazo, género, identidad de género o religión.

Doctors HealthCare Plans, Inc. proporciona: (1) ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo, intérpretes de lengua de signos calificados, información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos); (2) servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo, intérpretes calificados, información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si cree que Doctors HealthCare Plans, Inc., no ha proporcionado estos servicios o ha sido discriminado de alguna manera, puede presentar una queja ante: **Doctors HealthCare Plans, Inc., Atención: Departamento de Servicios al Asociado**, 2020 Ponce de Leon Blvd., PH 1, Coral Gables, FL 33134 o llame al (786) 460-3427 o al (833) 342-7463, TTY:711; 7 días a la semana; 8AM a 8PM EST.

Puede presentar una queja llamando, en persona o por correo. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, nuestros representantes de Servicios al Asociado están disponibles para ayudarlo al número que se menciona arriba. También puede presentar una queja de derechos civiles electrónicamente a través de los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en: **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; (800) 368-1019 o (800) 537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

## SERVICIO DE INTÉRPRETE MULTILINGÜE

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (833) 342-7463 (TTY:711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al (833) 342-7463 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 (833) 342-7463 (TTY:711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 (833) 342-7463 (TTY:711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa (833) 342-7463 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au (833) 342-7463 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi (833) 342-7463 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter (833) 342-7463 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (833) 342-7463 (TTY:711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону (833) 342-7463 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:**

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (833) 342-7463 (TTY:711). سيقوم شخص بمساعدتك. هذه خدمة مجانية ما يتحدث العربية.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero (833) 342-7463 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número (833) 342-7463 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (833) 342-7463 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer (833) 342-7463 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

**Hindi:** हमारे सवा य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी परन के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया परापत करने के लिए, बस हमों (833) 342-7463 (TTY:711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Japanese:** 当社の健康健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、(833) 342-7463 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。