



FORMULARIO DE RECLAMACION DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE PARTE D

Utilice este formulario para solicitar un reembolso de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare a nuestro plan. Por favor lea cuidadosamente y complete todas las secciones de este formulario. Usted, o su representante autorizado pueden realizar esta solicitud. Para obtener instrucciones, consulte la página 2 de este formulario.

Información de Afiliado

Número de identificación (consulte su tarjeta de plan):	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):	
Nombre (Apellido, Nombre, Inicial):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		

Si la persona que realiza esta solicitud no es el afiliado al plan:

Nombre del solicitante (Apellido, Nombre, Inicial):		
Relación con el afiliado al plan		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		
<input type="checkbox"/> Junto con este formulario, presente la documentación que demuestre su autoridad para representar al afiliado (formulario de Autorización de Representación CMS-1696 completado o equivalente). Para obtener más información sobre cómo designar a un representante, comuníquese con nuestro plan o llame al 1-800-MEDICARE. (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.		

Instrucciones

Complete este formulario para cada reclamo e incluya el recibo de la etiqueta de la receta (este recibo lo provee la farmacia) y un recibo de prueba de pago (recibo de caja registradora). La siguiente información es requerida para procesar su reclamo. Usted puede encontrar la información en el recibo de la etiqueta de la receta o puede pedirle a su farmacia que complete la información.

- | | |
|---|--|
| 1. Número de receta (Rx) | 7. Total pagado (\$ cantidad) |
| 2. Código Nacional de Medicamento
(Número NDC) | 8. Nombre del médico |
| 3. Fecha de despacho | 9. Número de Identificación Nacional de
Proveedor (NPI) del Médico |
| 4. Nombre del medicamento | 10. Nombre de la farmacia |
| 5. Cantidad | 11. Número de Identificación Nacional de
Proveedor (NPI) de la Farmacia |
| 6. Días de suplido | |

Por favor tenga en cuenta que la documentación y/o información faltante, incompleta o difícil de leer puede retrasar el procesamiento de su reclamación. Los reembolsos de las reclamaciones presentadas están sujetos a los términos y condiciones del plan y no están garantizados. La cantidad del reembolso puede reducirse de la cantidad sometida basado en el costo del plan y copagos.

Cómo enviar este formulario

Envíe este formulario y recibos por correo o fax:

Dirección:	Número de fax:
MedImpact Healthcare Systems	1-858-549-1569
PO Box 509108	
San Diego, CA 92150-9108	

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al 1-866-494-3927 (Libre de costo) (TTY: 711). Estamos disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana. Las llamadas a este número son gratuitas.

Razón de la solicitud

<input type="checkbox"/> No tenía la tarjeta del plan al momento de la compra	<input type="checkbox"/> Elección retroactiva del Plan de Pago de Recetas Médicas de Medicare (MPPP)
<input type="checkbox"/> Suplido como resultado de una emergencia federal o estatal/desastre natural	<input type="checkbox"/> Suplido mientras se espera la aprobación del medicamento
<input type="checkbox"/> Suplido en una farmacia fuera de la red	<input type="checkbox"/> Farmacia no puede procesar la reclamación electrónicamente
<input type="checkbox"/> Reclamación de Coordinación de Beneficios (COB) Nombre del plan: _____ Número de identificación: _____	<input type="checkbox"/> Otro (explique a continuación)
<input type="checkbox"/> Copago incorrecto	

Información de la receta

Prescripción #1

Número de receta (Rx)	Código Nacional de Medicamento (Número NDC)	Fecha de despacho	
Nombre del medicamento	Cantidad	Días de suplido	Total pagado (\$ cantidad)
Nombre del médico	Número de Identificación Nacional de Proveedor (NPI) del Médico		
Nombre de la farmacia	Número de Identificación Nacional de Proveedor (NPI) de la Farmacia		

Prescripción #2

Número de receta (Rx)	Código Nacional de Medicamento (Número NDC)	Fecha de despacho	
Nombre del medicamento	Cantidad	Días de suplido	Total pagado (\$ cantidad)
Nombre del médico	Número de Identificación Nacional de Proveedor (NPI) del Médico		
Nombre de la farmacia	Número de Identificación Nacional de Proveedor (NPI) de la Farmacia		

Prescripción #3

Número de receta (Rx)	Código Nacional de Medicamento (Número NDC)	Fecha de despacho	
Nombre del medicamento	Cantidad	Días de suplido	Total pagado (\$ cantidad)
Nombre del médico	Número de Identificación Nacional de Proveedor (NPI) del Médico		
Nombre de la farmacia	Número de Identificación Nacional de Proveedor (NPI) de la Farmacia		

Prescripción #4

Número de receta (Rx)	Código Nacional de Medicamento (Número NDC)	Fecha de despacho	
Nombre del medicamento	Cantidad	Días de suplido	Total pagado (\$ cantidad)
Nombre del médico	Número de Identificación Nacional de Proveedor (NPI) del Médico		
Nombre de la farmacia	Número de Identificación Nacional de Proveedor (NPI) de la Farmacia		

Información adicional que debemos considerar:

¡IMPORTANTE! Se REQUIERE una firma

En conformidad con las disposiciones de la Ley 230 del 9 de agosto de 2008, se dispone lo siguiente: “Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro, presente, ayude o presente una queja fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o presente más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, cometerá un delito grave y, de ser condenada, será sancionada por cada infracción con una multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares, o con pena de prisión de tres (3) años, o ambas. De existir circunstancias agravantes, la pena de prisión podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá reducirse a un mínimo de dos (2) años.”

Certifico que he recibido el medicamento descrito en este documento y que el participante del plan mencionado es elegible para el Beneficio de Medicamentos Recetados de Medicare Parte D. Certifico que he leído y comprendido este formulario y que toda la información presentada es verdadera y correcta. También certifico que la(s) reclamación(es) que se presentan para pago no corresponden al tratamiento de una lesión laboral. Autorizo la divulgación de toda la información relacionada con esta(s) reclamación(es) a GlobalHealth (HMO), al administrador del plan, al asegurador, al asegurado patrocinado y/o al empleador.

Firma de afiliado o representante autorizado:	Fecha:

GlobalHealth es un plan HMO ofrecido por GlobalHealth, Inc.

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.



Notice of availability of language assistance services and auxiliary aids and services

English: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-280-5555 (TTY 711).

Español: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También se encuentran disponibles de forma gratuita ayudas y servicios auxiliares adecuados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-280-5555 (TTY 711).

Chinese: 如果您會說中文，我們可以為您提供免費語言幫助服務。也免費提供適當的輔助工具和服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打 1-844-280-5555 (TTY 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang naaangkop na mga pantulong na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-844-280-5555 (TTY 711).

French: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-280-5555 (TTY 711).

Vietnamese: Nếu bạn nói tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Gọi 1-844-280-5555 (TTY 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Auch entsprechende Hilfsmittel und Services zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-844-280-5555 (TTY 711) an.

Korean: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 지원 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-280-5555 (TTY 711) 로 전화하세요.



Russian: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой помощи. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по номеру 1-844-280-5555 (TTY 711).

Arabic: المساعدات والخدمات المساعدة تتوفر لك متاحة المجانية اللغوية المساعدة خدمات فإن ، العربية تتحدث كنت إذا 1-844-280-5555 (TTY 711) بالرقم اتصل. مجاناً إليها الوصول يمكن بتنسيقات المعلومات لتوفير المناسبة

Italian: Se parli italiano, sono a tua disposizione servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-844-280-5555 (TTY 711).

Portuguese: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Também estão disponíveis gratuitamente ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-844-280-5555 (TTY 711).

French Creole: Si w pale kreyòl franse, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib tou gratis. Rele 1-844-280-5555 (TTY 711).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Odpowiednie pomoce pomocnicze i usługi umożliwiające dostarczanie informacji w przystępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-844-280-5555 (TTY 711).

Hindi: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक एड्स और सेवाएं भी निः शुल्क उपलब्ध हैं। कॉल 1-844-280-5555 (TTY 711)।

Japanese: 日本語を話せる場合は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブルな形式で情報を提供するための適切な補助援助やサービスも無料で利用できます。1-844-280-5555 (TTY 711) に電話します。