

SEE WHAT'S
POSSIBLE WHEN
HEALTH CARE
GETS PERSONAL.

Estimado/a *Miembro*,

Le adjuntamos su formulario del *Reclamo de Medicamentos de Receta de la Parte D de Medicare*. Para asegurarse que la tramitación no se demore, le pedimos que siga las instrucciones dadas a continuación:

1. Llene completamente el formulario.
2. Complete la Parte 1 – Información del Miembro y la Parte 2 – adjunte el recibo original de la receta a una hoja de papel separada para presentarla junto con el formulario de reclamo. No se olvide guardar una copia para usted.

3. *Envíe el formulario por:*

Correo: MedImpact Healthcare Systems Inc. PO Box 509108 San Diego CA 92150-9180

Fax: 858-549-1569

Correo electrónico: Claims@medimpact.com

Si tiene cualquier pregunta o necesita más ayuda para llenar este formulario, *llame a nuestro Departamento de Servicios a Miembros al 1-800-469-6292 (TTY: 711), los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.*

Servicios a Miembros de VillageCareMAX

O BIEN

Su Equipo VillageCareMAX



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 afiliado (a ser completado por el afiliado)

1. Complete toda la información de la Parte 1. El número de identificación de afiliado/titular se encuentra en su tarjeta de seguro.
2. Envíe los reclamos dentro del plazo 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.

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

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:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
 PO Box 509108
 San Diego, CA 92150-9108
 Fax: 858-549-1569
 Correo electrónico: Claims@Medimpact.com



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 afiliado: (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 afiliado: () | | | |

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 <input type="checkbox"/> (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* \$ |

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

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 afiliado o representante autorizado*

Fecha*

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

