

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Parte 1: Información del afiliado

- Llene toda la información solicitada en la Parte 1. El número de identificación de CarePlus se encuentra en la tarjeta de identificación de afiliado.
Nota: No están cubiertos los medicamentos recetados que se surten en farmacias fuera de los Estados Unidos y sus territorios; e.g. a bordo de cruceros.

Parte 2: Información de los recibos

- Incluya todos los recibos originales de la farmacia y el/los inserto(s) del paquete para pacientes, si corresponde. Los recibos de la caja registradora no son suficientes. Pegue los recibos y el/los inserto(s) del paquete para pacientes con cinta adhesiva en una hoja por separado y envíelos con el formulario de reclamación. Si los medicamentos se suministraron en la sala de emergencias o en el consultorio del médico, envíe un resumen detallado.
- Los recibos deben contener la información que se detalla en la Parte 2 del formulario de reclamación a continuación.

Parte 3: Información de la farmacia

- Proporcione información sobre la farmacia o el consultorio médico donde se obtuvieron los medicamentos.
- Favor de enviar un formulario por cada una de las farmacias en las que compra medicamentos.

Si no se encuentra la información requerida en los recibos y el/los inserto(s) del paquete para pacientes, por favor solicítela al farmacéutico o al consultorio médico. Recuerde conservar una copia del formulario de reclamación llenado y de los recibos para sus archivos personales.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para afiliados al 1-800-794-5907; TTY: 711. Del 1 de octubre al 31 de marzo, abrimos 7 días a la semana; de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 abril al 30 de septiembre, abrimos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y los días festivos y le llamaremos dentro de un día hábil.

Una vez llenadas todas las secciones, por favor firme y escriba la fecha. Su firma certifica que toda la información se presenta con precisión mediante el formulario llenado y los documentos adjuntos.

Envíe por correo el formulario completado, los recibos y el/los inserto(s) del paquete para pacientes a:

CarePlus Health Plans, Inc.
Attention: Member Services Department
11430 NW 20th Street, Suite 300
Miami, FL 33172

PARTE 1: INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Número de identificación de CarePlus	Fecha de nac. (mm/dd/aaaa)		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Residencia del paciente:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Domicilio del afiliado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hogar de convalecientes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Vivienda asistida</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hogar colectivo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cuidado intermedio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hospicio</td> </tr> </table>	Residencia del paciente:		<input type="checkbox"/>	Domicilio del afiliado	<input type="checkbox"/>	Hogar de convalecientes	<input type="checkbox"/>	Vivienda asistida	<input type="checkbox"/>	Hogar colectivo	<input type="checkbox"/>	Cuidado intermedio	<input type="checkbox"/>	Hospicio
Residencia del paciente:																	
<input type="checkbox"/>	Domicilio del afiliado																
<input type="checkbox"/>	Hogar de convalecientes																
<input type="checkbox"/>	Vivienda asistida																
<input type="checkbox"/>	Hogar colectivo																
<input type="checkbox"/>	Cuidado intermedio																
<input type="checkbox"/>	Hospicio																
Apellido del afiliado	Nombre	Inicial del segundo nombre															
Género	Persona que llena este formulario																
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Afiliado <input type="checkbox"/> Esposo/Esposa <input type="checkbox"/> Hijo/Hija																
	<input type="checkbox"/> Otro _____																
Dirección del domicilio del afiliado																	
Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono del afiliado														

PARTE 2: INFORMACIÓN DE LOS RECIBOS

Asegúrese de que su recibo incluya la siguiente información:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fecha de surtido | <input type="checkbox"/> Cantidad |
| <input type="checkbox"/> Nombre del medicamento | <input type="checkbox"/> Días de suministro |
| <input type="checkbox"/> Concentración del medicamento | <input type="checkbox"/> Precio de la receta (incluyendo impuestos) |
| <input type="checkbox"/> Forma de dosificación | <input type="checkbox"/> Nombre del médico |
| <input type="checkbox"/> Número de receta | <input type="checkbox"/> Identificación del médico (Núm. NPI o DEA) |
| <input type="checkbox"/> Código nacional de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés)* | |

*En caso de medicamentos compuestos, el código nacional de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) para cada ingrediente es listado.

Dispense como está escrito (DAW, por sus siglas en inglés): Este código es un mensaje de su médico para el farmacéutico sobre el uso de los medicamentos genéricos. Si aplica a su receta, puede ser encontrado en la etiqueta de la farmacia o su farmacia se lo puede proveer.

- | | | |
|--|--|--|
| Dispensar tal como está escrito (DAW): | <input type="checkbox"/> 0 – No corresponde | <input type="checkbox"/> 1 – El médico ordena que se dispense el producto de marca |
| | <input type="checkbox"/> 2 – El paciente ordena que se dispense el producto de marca | <input type="checkbox"/> 5 – De marca presentado como genérico |
| | <input type="checkbox"/> 7 – Marca ordenada por ley estatal | |

PARTE 3: INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia Identificación de la farmacia (Núm. NABP o NPI)

Dirección comercial de la farmacia

Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono de la farmacia
--------	--------	---------------	-------------------------

- | | | | | | |
|-------------------------------|--|---|---|--|--|
| Tipo de servicio de farmacia: | <input type="checkbox"/> Venta al por menor | <input type="checkbox"/> Venta de compuestos preparados | <input type="checkbox"/> Infusión en el hogar | <input type="checkbox"/> Institucional | <input type="checkbox"/> Pedido por correo |
| | <input type="checkbox"/> Cuidado a largo plazo | <input type="checkbox"/> Organización de cuidado administrado | | <input type="checkbox"/> Especialidad | <input type="checkbox"/> Otro |

Descripción del inconveniente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La farmacia no acepta mi plan de CarePlus | <input type="checkbox"/> Creo que la reclamación se pagó de manera incorrecta |
| <input type="checkbox"/> La farmacia no pudo procesar mi reclamación de manera electrónica | <input type="checkbox"/> Se me administró una vacuna cubierta por la Parte D en el consultorio de mi médico |
| <input type="checkbox"/> No tenía la información de mi plan al momento de la compra | <input type="checkbox"/> Surtí el medicamento durante una emergencia |
| <input type="checkbox"/> Me cobraron medicamentos que recibí durante una visita a la sala de emergencias | |
| <input type="checkbox"/> Tengo cobertura de medicamentos con otro plan además de CarePlus (Coordinación de Beneficios): | |

Nombre de la Compañía de Seguro: _____

Teléfono de la Compañía de Seguro: _____

Nombre del Empleador: _____

Número de Identificación del Afiliado: _____

Favor de explicar cuál es el inconveniente:

AVISO IMPORTANTE CON RESPECTO A LA RECLAMACIÓN

Precaución: Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a una compañía de seguros o a una persona: (1) presenta una solicitud ante el seguro o una declaración de reclamación que contiene información esencialmente falsa; u (2) oculta, con el propósito de engañar, información relacionada con todo hecho relevante de ese documento, comete un acto fraudulento.

Firma del afiliado _____ Fecha _____

NOTA: Si este formulario es firmado por alguien que no es el afiliado, se requiere documentación adicional que autorice al representante, la cual puede incluir una declaración o formulario de Nombramiento de un Representante (AOR, por sus siglas en inglés), poder notarial (POA, por sus siglas en inglés), u otro documento legal. El formulario de Nombramiento de un Representante está disponible en: es.CarePlusHealthPlans.com/members/forms-tools-resources.

¡IMPORTANTE!

En CarePlus, es importante que usted reciba un trato justo.

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión. La discriminación es contra la ley. CarePlus cumple con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que CarePlus le ha discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
CarePlus Health Plans, Inc. Atención: Departamento de Servicios para Afiliados.
11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172.
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

1-800-794-5907 (TTY: 711)

CarePlus provee recursos y servicios auxiliares gratuitos tales como intérpretes acreditados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

1-800-794-5907 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

ગુજરાતી (Gujarati): નિચીલ્લક ભાષા સહાય સેવાઓ પ્રાપ્ત કરવા માટે ઉપરોક્ત નંબર પર કોલ કરો.

ภาษาไทย (Thai): โทรติดต่อที่หมายเลขด้านบนนี้เพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.

Diné Bizaad (Navajo): Wóda'hí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowoł.

العربية (Arabic):

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك