

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
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) _____	Residencia del paciente:	
Apellido del afiliado _____	Nombre _____	Inicial del segundo nombre _____	<input type="checkbox"/> Domicilio del afiliado
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Persona que llena este formulario <input type="checkbox"/> Afiliado <input type="checkbox"/> Esposo/Esposa <input type="checkbox"/> Hijo/Hija <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Hogar de convalecientes
Dirección del domicilio del afiliado _____			<input type="checkbox"/> Vivienda asistida
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____	<input type="checkbox"/> Hogar colectivo
			<input type="checkbox"/> Cuidado intermedio
			<input type="checkbox"/> Hospicio
			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.

CarePlus Health Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles federales correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, estado civil o religión en sus programas y actividades, incluyendo la admisión o el acceso a, o el tratamiento y el empleo en, sus programas y actividades. Para cualquier consulta sobre las políticas de no discriminación de CarePlus y/o para presentar una queja, también conocida como queja formal, favor de comunicarse con Servicios para Afiliados al 1-800-794-5907 (TTY: 711).

English: This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number listed above.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele nimewo Sèvis pou Manm nou yo ki nan lis anwo an.