

Formulario de reclamación de medicamentos recetados

No es necesario que utilice este formulario para solicitar un reembolso. Este formulario abarca solicitudes de reembolso estándar, así como solicitudes de reclamaciones de compuestos. Si su medicamento no es un compuesto, es posible que algunos de los campos solicitados no sean aplicables. Complete los campos con toda la información que tenga disponible. Si deja campos en blanco, intentaremos obtener la información directamente de su farmacia.

Indique el motivo de su solicitud de reembolso.

- No tenía mi tarjeta de identificación de miembro en el momento de la compra.
- Me cobraron medicamentos que se me administraron durante una visita de atención urgente o de emergencia.
- Se me administró una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare en el consultorio de mi médico.
- La cobertura principal corresponde a otra aseguradora. (Coordinación de los beneficios)
- Otro: _____

Parte 1: Información de miembro

- Complete TODA la información. Puede encontrar su número de identificación en la parte delantera de su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíe las reclamaciones dentro del período de presentación especificado en su Evidencia de Cobertura. Si tiene preguntas sobre el período de presentación, revise su Evidencia de Cobertura o llame al Servicio al Cliente de Memorial Hermann Health Plan al 1- <(855) 645-8448> (TTY: <711>). Horas de operaciones: <Octubre 1 a Marzo 31: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 días a la semana horario de la zona central (excepto Acción de Gracias y Navidad) y Abril 1 a Septiembre 30: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., Lunes a Viernes horario de la zona central (Otras tecnologías, como el correo de voz, se utilizan fuera del horario de atención, los fines de semana y los días festivos federales).>
- Las personas que pueden realizar solicitudes de reembolso son el miembro, el médico que receta o el proveedor del miembro, o el representante del miembro. Si otra persona que no sea el miembro solicita este reembolso, incluya un formulario completo de Designación de Representante o un aviso equivalente con su solicitud.
- Envíe un formulario aparte por cada paciente para el cual esté enviando recibos.

| | | |
|---------------------------|--------------------------------|--|
| Nombre | Apellido | I.S.N. |
| Número de teléfono () | Fecha de nacimiento | Sexo (Encierre en un círculo una de las opciones) Masculino Femenino |
| Número de identificación | Empleador del suscriptor (PCN) | |
| Dirección de envío | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Firma del miembro | | Fecha de la firma |

Parte 2: Información de la farmacia

1. Complete TODA la información.
2. Envíe un formulario aparte por cada farmacia en la cual adquirió medicamentos.

| | | |
|---|--------|------------------------|
| Nombre | | |
| Dirección postal | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de proveedor nacional de la farmacia o del proveedor de servicios (escriba "NA" si no está disponible) | | Número de teléfono () |

Parte 3: Información del recibo

1. Incluya el comprobante de pago con los recibos originales de la farmacia o con las impresiones de la farmacia. No se aceptarán recibos de cajas registradoras sin detalles de la farmacia. Pegue todos los recibos con cinta adhesiva en la parte inferior de esta página. NO los engrape.
 - a. Los medicamentos compuestos deben contener 2 ingredientes como mínimo y, al menos, 1 ingrediente debe ser un medicamento con advertencia federal (con receta).
 - b. Todos los principios activos deben cubrirse como parte de su formulario y se debe presentar toda la información sobre la prescripción.
2. Proporcione la explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) o la carta de denegación de la aseguradora principal si obtiene la cobertura principal de otra aseguradora.
3. No se devolverán los recibos. Recuerde guardar una copia del formulario de reclamación completado y los recibos a modo de registro.

Parte 4: Información sobre los medicamentos: *Esta información debe aparecer en el recibo original de la farmacia, en la impresión de la farmacia o en la factura médica. Si al recibo o factura le falta parte de esta información, solicite a su farmacéutico o proveedor médico que lo ayude a completar los detalles faltantes. Si no puede obtener la información, intentaremos comunicarnos con su farmacia.*

| | | |
|---|---|------------------------|
| Fecha de abastecimiento de los medicamentos recetados | Código y descripción del diagnóstico | Nombre del medicamento |
| Número de los medicamentos recetados | Forma final del compuesto (crema, parches, supositorio, suspensión, etc.) | |
| Código nacional del medicamento | Cantidad | |
| Días de suministro | Volumen total (gramos, ml, unidades, etc.) | |

(Continúa en la página 3)

| | | |
|--|--|--|
| Nombre y apellido de la persona que emitió la receta | | NPI de la persona que emitió la receta |
| Costo original de los medicamentos recetados | Monto que pagó la aseguradora principal por los medicamentos recetados | Monto que pagó el miembro |

Para obtener información sobre el reembolso de la preparación de medicamentos compuestos, consulte la tabla a continuación.

Indique el tiempo dedicado a la preparación del medicamento compuesto en la información del recibo.

| Hora | Reembolso |
|-------------------|-----------|
| 1-4 minutos | \$15.00 |
| 5-14 minutos | \$25.00 |
| 15-29 minutos | \$35.00 |
| 30-59 minutos | \$50.00 |
| Más de 60 minutos | \$75.00 |

Ingredientes del compuesto

| | Nombre del ingrediente | NDC del ingrediente | Cantidad en sistema métrico decimal | AWP/WAC (costo del ingrediente) | | | | | | |
|--|------------------------|---------------------|--|---------------------------------|--|--|----------|---------|-----------------------------|--|
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Reembolso</th> </tr> <tr> <th colspan="2">(Encierre en un círculo una de las opciones)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Farmacia</td> <td>Miembro</td> </tr> </tbody> </table> | | | Reembolso | | (Encierre en un círculo una de las opciones) | | Farmacia | Miembro | Costo total del ingrediente | |
| | | | Reembolso | | | | | | | |
| | | | (Encierre en un círculo una de las opciones) | | | | | | | |
| Farmacia | Miembro | | | | | | | | | |
| Tiempo de preparación | | | | | | | | | | |
| Copago del miembro | | | | | | | | | | |

Envíe por correo este formulario junto con los recibos a:

Memorial Hermann Health Plan Manual Claims
 PO BOX 1039
 Appleton, WI 54912-1039

O envíe por fax este formulario junto con los recibos a:

Número gratuito 1-855-668-8550

Memorial Hermann *Advantage/Advantage* Plus HMO es proporcionado por Memorial Hermann Health Plan, Inc., una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación de contrato.

Memorial Hermann *Advantage/Advantage* Plus cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.