



Formulario de reclamo de reembolso de recetas médicas



Tenga en cuenta que:



- * Recibir una respuesta puede tardar hasta 30 días a partir del momento en que envió este formulario. Esto da tiempo para el envío por correo y la tramitación.
- * Haga una copia de este formulario, todos los recibos y cualquier otro documento. Consérvelos para sus archivos.
- * No engrape ni pegue ningún recibo ni otro documento a este formulario.
- * Enviar este reclamo no significa que se le reembolsará. El contratista revisará su solicitud, que debe cumplir con ciertas reglas, límites y exclusiones del plan.

PASO 1 Información del titular de la tarjeta/del paciente

Complete toda esta sección. Los campos incorrectos o en blanco pueden ralentizar o detener su reclamo.

Información del titular de la tarjeta

Número de identificación

N.º de grupo/nombre del grupo

Nombre (Apellido)

(Primer nombre)

(Inicial del segundo nombre)

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

País

Información del paciente: utilice un

formulario de reclamación distinto para cada paciente.

Nombre (Apellido)

(Primer nombre)

(Inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Masculino

Femenino

Número de teléfono

Relación con el afiliado:

Por sí mismo

☐

Cónyuge/pareja de hecho

☐

Hijo(a)

☐

Otra información sobre seguros

COB (Coordinación de beneficios)

¿Alguno de estos medicamentos era para una lesión laboral? ☐ Sí ☐ No

¿Alguno está cubierto por otro plan de seguro colectivo? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, el otro es su plan: ☐ Principal ☐ Secundario

Si es su plan principal, envíe la explicación de los beneficios del plan junto con este formulario.

Complete el nombre del plan _____ y su número de identificación del plan _____

Importante La firma es OBLIGATORIA

NOTICE

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, dañar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo o solicitud que contenga información materialmente falsa, engañosa, incompleta o confusa relacionada con dicho reclamo, puede incurrir en un acto fraudulento de seguro, lo cual es un delito y tal persona puede ser objeto de sanciones penales o civiles, incluidas multas, denegación de beneficios o encarcelamiento.

Certifico que yo (o mi dependiente elegible) hemos recibido el medicamento descrito en este documento. Certifico que he leído y comprendo este formulario y que toda la información ingresada en este formulario es verdadera y correcta.

X

Firma de la persona inscrita en el plan

Fecha

PASO 2 Requisitos de envío:

DEBE incluir todos los recibos originales de la "farmacia" para que se tramite su reclamo. A continuación, se indica la información mínima que debe incluirse en sus recibos de farmacia:

- Nombre del paciente
- Número de receta médica
- Número del NDC del medicamento
- Fecha de llenado
- Cantidad en unidades métricas
- Cargo total
- Suministro en días para su receta (debe solicitar a su farmacéutico esta información sobre el "suministro por día")
- Nombre y dirección de la farmacia o número de la NABP de la farmacia

Si el número NPI (Identificación nacional de proveedores) del médico que prescribe está disponible, suminístrelo: _____

Si es de un país extranjero, complete a continuación:

País: _____ Moneda: _____ Monto: _____

Comentarios adicionales

PASO 3 Instrucciones de envío por correo:

Envíe por correo su formulario de reclamo debidamente completado y el recibo de respaldo a la siguiente dirección:

CVS Caremark
P.O. Box 52136

Phoenix, Arizona 85072-2136

RECORDATORIO IMPORTANTE

Puede evitar tener que enviar formularios de reclamación en papel si:

- Lleva siempre consigo la tarjeta de identificación de recetas médicas
- Utiliza siempre farmacias dentro de la red (encuéntrelas en Caremark.com)
- Utiliza medicamentos cubiertos (consulte la lista de medicamentos del plan)
- Llama al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación, si hay problemas en la farmacia

Aviso de no discriminación

Molina Healthcare of Florida, Inc.



Medicaid

La discriminación es ilegal. Molina Healthcare of Florida, Inc. (Molina) cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color de piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad ni sexo. Molina no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Molina:

- Proporciona a las personas con discapacidades modificaciones razonables, asistencia y servicios auxiliares adecuados y gratuitos para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Provides free language assistance services to people whose primary language is not English, which may include:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).

Si necesita modificaciones razonables, ayudas y servicios auxiliares apropiados o servicios de asistencia lingüística, comuníquese con Servicios para Miembros de Molina al (866) 472-4585 (TTY: 711).

Si considera que Molina no ha logrado brindar estos servicios o ha discriminado de cualquier otro modo con base en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Phone: (866) 472-4585 (TTY: 711) | Fax: (877) 508-5738
Email: civil.rights@molinahealthcare.com

Puede presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Servicio para Miembros de Molina está disponible para ayudarlo.

Puede obtener nuestro procedimiento de quejas en nuestro sitio web:

<https://www.molinahealthcare.com/members/common/es-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx>

También puede presentar una demanda de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Demandas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>. Igualmente, lo puede hacer por correo o teléfono utilizando la siguiente información:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Phone: (800) 368-1019 (TDD: (800) 537-7697)

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

Comunicado de No Discriminación – Artículo 1557

Molina Healthcare of Florida, Inc.

English	ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (866) 472-4585 (TTY: 711).
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (866) 472-4585 (TTY: 711).
French Creole (Haitian Creole)	ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele (866) 472-4585 (TTY: 711).
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (866) 472-4585 (TTY: 711).
Portuguese	ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para (866) 472-4585 (TTY: 711).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (866) 472-4585 (TTY: 711)。
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le (866) 472-4585 (TTY : 711).
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (866) 472-4585 (TTY: 711).
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (866) 472-4585 (телетайп: 711).
Arabic	تظوملح: اذا تكذ ركذا ثدحتت غةللا، نإف تامدخ دداعسملا تيوغللا رفاوتت ناجملاب لك. لتصا مقرب (866) 472-4585 (مقر فتاه مصلا مكبلو: 711).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (866) 472-4585 (TTY: 711).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (866) 472-4585 (TTY: 711).
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (866) 472-4585 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
Polish	UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer (866) 472-4585 (TTY: 711).
Gujarati	સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો (866) 472-4585 (TTY: 711).
Thai	เรียน: ถาคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถไ้ขอการช่วยเหลือทางภาษาไดฟรี โทร (866) 472-4585 (TTY: 711).