

# Formulario de reclamación de medicamentos recetados

Reembolso directo a miembros

Este formulario de reclamación puede utilizarse para solicitar el reembolso de los gastos cubiertos. Verifique qué motivo corresponde.

**Alerta:** Si la farmacia procesó su reclamación mediante un seguro o una tarjeta de descuento, tenga en cuenta que una tarjeta de descuento no es un seguro. Según su plan, puede considerarse que su reclamación se pagó en su totalidad. Es posible que no se proporcione un reembolso adicional.

- No tenía mi tarjeta de identificación al momento de la compra
- Me cobraron los medicamentos que recibí durante una consulta urgente o una consulta de emergencia
- Recibí una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare en el consultorio de mi médico  
La cobertura principal corresponde a otro proveedor de seguros. (Coordinación de beneficios)

Explicación adicional:

---

---

## Parte 1: Información del miembro:

- Complete TODA la información. Puede encontrar su número de identificación en su tarjeta de identificación de miembro.
- Presente las reclamaciones dentro del período de presentación de acuerdo con su plan de beneficios. Si tiene preguntas sobre su período de presentación, revise su manual para miembros o llame al número de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de miembro.
- Envíe un formulario por separado para cada paciente por el que haya comprado medicamentos.
- El reembolso se hará directamente al TITULAR DE LA TARJETA, a menos que se indique lo contrario.

|                           |                               |   |
|---------------------------|-------------------------------|---|
| Nombre                    | Apellido                      | Inicial del segundo nombre                          |
| Número de teléfono<br>( ) | Fecha de nacimiento           | Sexo (encerrar en un círculo)<br>Masculino Femenino |
| Número de identificación  | Empleador del asegurado (PCN) |   |
| Dirección postal          |                               |   |
| 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 por separado para cada farmacia en la que haya comprado medicamentos.

|  |        |                           |
|--|--------|---------------------------|
| Nombre   |        |                           |
| Dirección  |        |                           |
| Ciudad   | Estado | Código postal             |
| Número de identificación nacional de proveedor de farmacia (NPI) |        | Número de teléfono<br>( ) |

## Parte 3: Información del recibo

1. Incluya los recibos originales o impresos de la farmacia; no se aceptarán recibos de caja sin el detalle de la farmacia. Pegue los recibos originales de la farmacia al final de esta página. NO LOS ABROCHE.
2. Los recibos deben contener la información descrita en la Parte 3. Si sus recibos no contienen alguno de estos datos, pídale a su farmacéutico que complete la información que falta según la Parte 3.
3. Proporcione la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o la carta de denegación de la compañía de seguros principal si tiene cobertura primaria con otro proveedor de seguros.
4. Es posible que los formularios incompletos sean denegados, demorados o devueltos.
5. No se devolverán los recibos; recuerde conservar una copia del formulario de reclamación completado y los recibos para su registro.

|   |                                      |                                     |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Fecha de emisión de la receta                     | Fecha de surtido de la receta        | Nombre del medicamento              |
| Número de la receta                               | Código y descripción del diagnóstico |                                     |
| Código Nacional de Medicamentos                   | Cantidad                             | Suministro (días)                   |
| Nombre y apellido del médico que emitió la receta |                                      | NPI del médico que emitió la receta |

|                             |  |                             |
|-----------------------------|--|-----------------------------|
| Costo original de la receta | Monto que el seguro principal pagó por la receta | Monto pagado por el miembro |
|-----------------------------|--|-----------------------------|

**Envíe por correo postal este formulario junto con los recibos a la siguiente dirección:**

Navitus Health Solutions, LLC

P.O. Box 999

Appleton, WI 54912-0999

O BIEN, envíe por fax este formulario junto con los recibos a los siguientes números:

(920)735-5315/Número gratuito: (855)668-8550

<Para productos HMO: Todos los productos HMO comerciales están respaldados por Memorial Hermann Commercial Health Plan, Inc.>

<Para productos PPO: Todos los productos PPO comerciales están suscritos por Memorial Hermann Health compañía de seguros.>

<Para productos Híbridos: Todos los productos híbridos son administrados por Memorial Hermann Health Solutions, Inc.>