

Formulario de Reclamaciones de Reembolso Directo de Farmacia para Afiliados

Sección 1: Información del afiliado

Instrucciones de la sección 1:

1. Complete esta sección hasta el final y envíe su solicitud dentro del plazo de **36 meses** desde la fecha en que se surtió su medicamento. Si tiene preguntas sobre cuándo puede enviar su solicitud, llame al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado.
2. Si obtuvo el medicamento de más de una farmacia o médico, o si está enviando una solicitud para más de un afiliado, use un formulario separado para cada farmacia, médico y afiliado.

Número de identificación del afiliado (obligatorio):

Número de identificación de Medicare:

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):

Sexo:

Nombre del afiliado (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre):

Dirección Domicilio:

Número de teléfono:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Persona que completa el formulario:

☐ Afiliado

☐ Cónyuge

☐ Hijo

☐ Otro:

Residencia del paciente

☐ Hogar

☐ Hogar para personas de la tercera edad

☐ Residencia asistida

☐ Cuidado inmediato

☐ Hospicio

¿El afiliado es elegible para la cobertura primaria de medicamentos recetados de otro proveedor de seguro?

☐ Sí

☐ No

Si la respuesta es sí:

¿Se presentó la reclamación al otro proveedor de seguro?

☐ Sí

☐ No

¿El otro proveedor de seguro pagó como asegurador principal?

☐ Sí

☐ No

Nombre del otro proveedor de seguro:

Identificación del afiliado:



Formulario de Reclamaciones de Reembolso Directo de Farmacia para Afiliados

Sección 2: Información sobre la farmacia y el médico

Instrucciones de la sección 2:

1. Indique el nombre de la farmacia donde obtuvo su medicamento y el nombre del médico que le dio la receta. Si no conoce esta información, puede pedir ayuda a su farmacia o a su médico.

Información de la farmacia

Nombre de la farmacia: N.º de NCPDP o NPI de la farmacia:

Domicilio: Número de teléfono:

Ciudad: Estado: Código postal:

Tipo de servicio de farmacia:

- | | |
|--|--|
| ☐ Minorista | ☐ Con formulación magistral |
| ☐ Infusión en el hogar | ☐ Institucional |
| ☐ Cuidado a largo plazo | ☐ Organización de cuidado médico administrado |
| ☐ Pedido por correo | ☐ Especializada |

Información del médico

Nombre del médico: N.º de NCPDP o NPI del médico:

N.º de identificación fiscal del médico: Número de teléfono:

Domicilio:

Ciudad: Estado: Código postal:

Formulario de Reclamaciones de Reembolso Directo de Farmacia para Afiliados

Sección 3: Información del medicamento

Instrucciones de la sección 3:

1. Responda todas las preguntas sobre cada uno de los medicamentos enumerados a continuación. Si no completa todo, no podremos revisar su solicitud. Si no sabe una respuesta, pida ayuda a su farmacia.
2. Adjunte su recibo de farmacia y el comprobante de pago. Adhiera el recibo en una página diferente y entréguelo con este formulario. Si recibió el medicamento en la sala de emergencias o en el consultorio médico, incluya una nota detallada de ellos.

Tenga en cuenta: Medicare no paga los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos.

¿Es un medicamento compuesto?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, adjunte el formulario de compuesto de la farmacia, si está disponible.

¿Se surtió esta receta fuera de los EE. UU.?

☐ Sí ☐ No

¿Es esto una vacuna?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí: Costo de la vacuna: \$

Tarifa administrativa: \$

Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés):

Nombre del medicamento:

Costo total: \$

Fecha de surtido (dd/mm/aaaa):

Número de receta:

Cantidad:

Concentración:

Forma de dosificación:

Días de suministro:

Dispensar como código escrito (si corresponde):

Formulario de Reclamaciones de Reembolso Directo de Farmacia para Afiliados

¿Es un medicamento compuesto?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, adjunte el formulario de compuesto de la farmacia, si está disponible.

¿Se surtió esta receta fuera de los EE. UU.?

☐ Sí ☐ No

¿Es esto una vacuna?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí: Costo de la vacuna: \$

Tarifa administrativa: \$

Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés):

Nombre del medicamento:

Costo total: \$

Fecha de surtido (dd/mm/aaaa):

Número de receta:

Cantidad:

Concentración:

Forma de dosificación:

Días de suministro:

Dispensar como código escrito (si corresponde):

¿Es un medicamento compuesto?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, adjunte el formulario de compuesto de la farmacia, si está disponible.

¿Se surtió esta receta fuera de los EE. UU.?

☐ Sí ☐ No

¿Es esto una vacuna?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí: Costo de la vacuna: \$

Tarifa administrativa: \$

Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés):

Nombre del medicamento:

Costo total: \$

Fecha de surtido (dd/mm/aaaa):

Número de receta:

Cantidad:

Concentración:

Forma de dosificación:

Días de suministro:

Dispensar como código escrito (si corresponde):

Formulario de Reclamaciones de Reembolso Directo de Farmacia para Afiliados

Sección 4: Motivo de la solicitud

- | | |
|---|---|
| ☐ La farmacia no aceptará mi plan iCare | ☐ Recibí una vacuna cubierta por la Parte D en el consultorio médico |
| ☐ Yo no tenía la información de mi plan en el momento de la compra | ☐ Surtí mi medicamento durante un desastre natural o un estado de emergencia |
| ☐ Me cobraron por los medicamentos recibidos durante una consulta a la sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés) | ☐ Otro: |
| ☐ Creo que la reclamación se pagó incorrectamente | |
| ☐ Recibí un medicamento mientras estaba en un crucero (El itinerario del crucero debe incluirse con la solicitud) | |

Explique con más detalle la dificultad:

Aviso importante de la reclamación

Precaución: Si alguien miente u oculta hechos importantes al pedir un seguro o hacer una reclamación y lo hace a propósito para engañar a la compañía o a otra persona, esto es fraude. Esto va en contra de la ley.

Formulario de Reclamaciones de Reembolso Directo de Farmacia para Afiliados

Sección 5: Firmar y devolver

Tenga en cuenta: Si alguien que no sea el afiliado firma este formulario, necesitamos documentos adicionales para demostrar que esa persona puede firmar en nombre del afiliado. Puede ser un formulario de Designación de un Representante (AOR, por sus siglas en inglés), un Poder Legal (POA, por sus siglas en inglés) u otros documentos legales. Puede encontrar un formulario de AOR en [icarehealthplan.org](https://www.icarehealthplan.org).

Firma del afiliado:

Fecha:

Envíe el **formulario** completado y los **recibos: Por correo postal:**

Independent Care Health Pharmacy Solutions
1555 N. RiverCenter Drive, Suite 206
Milwaukee, WI 53212
Fax: 888-599-2730

Es posible que no recupere todo su dinero. La cantidad que obtiene depende de lo que haya pagado en la farmacia y de lo que cubra su plan iCare de ese medicamento. Si pagó más de lo que cubre el plan, recibirá menos reembolsos. Para obtener más detalles, puede leer la política de reembolso directo para afiliados (DMR, por sus siglas en inglés) de iCare en: <https://www.humana.com/pharmacy/prescription-coverages/medicare-drug-list>.

Información de Servicio al Cliente

Llame sin cargo: 800-777-4376

Los usuarios de TTY deben llamar al: 711

Horario de atención: Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.