

Formulario de reclamo de medicamentos con receta

*Este formulario de reclamo se puede usar para solicitar el reembolso de los gastos cubiertos. Este formulario abarca solicitudes de reembolso estándares, así como solicitudes de reclamos de medicamentos compuestos. Si su medicamento no es un compuesto, algunos de los campos que se solicitan pueden no corresponder. **El procesamiento puede demorar hasta dos semanas después de que recibimos su reclamo.***

Indique el motivo de su solicitud de reembolso.

- ☐ No tenía mi tarjeta de identificación de miembro en el momento de la compra.
- ☐ Se me cobraron los medicamentos que me administraron durante una visita de
- ☐ emergencia o de atención de urgencia. Me aplicaron una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare en el consultorio del médico.
- ☐ La cobertura primaria la brinda otra compañía de seguros (Coordinación de beneficios)
- ☐ Otro: _____

Parte 1: Datos del miembro

1. Complete TODA la información. Su número de identificación se encuentra en el frente de su tarjeta de identificación de miembro.
2. Envíe los reclamos dentro del período de presentación que se especifica en el plan de beneficios. Si tiene preguntas sobre el período de presentación, consulte el *Manual para miembros* o llame al número de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de miembro.
3. Envíe un formulario por separado por cada paciente para quien presente recibos.
4. 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 ()	Fecha de nacimiento	Sexo (marque uno con un círculo) Masculino Femenino
Número de identificación	Empleador del suscriptor (PCN)	
Dirección de correo postal		
Ciudad	Estado	Código postal
Firma del miembro		Fecha en que se firma

Parte 2: Datos de la farmacia

1. Complete TODA la información.
2. Envíe un formulario por separado por cada farmacia donde compró medicamentos.

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Identificador de Proveedor Nacional (NPI) de la farmacia o el proveedor de servicios		Número de teléfono ()

Parte 3: Datos del recibo

1. Incluya la constancia de pago junto con los recibos originales de la farmacia o los listados de la farmacia. No se aceptarán recibos de caja registradora que no incluyan detalles de la farmacia. Pegue con cinta todos los recibos al final de esta página. NO los grape.
 - a. Los medicamentos compuestos deben tener, como mínimo, 2 ingredientes, y al menos 1 ingrediente debe ser un medicamento (con receta) con leyenda federal.
 - b. Todos los ingredientes activos deben estar cubiertos como parte de su *Formulario*, y se debe presentar toda la información de la receta.
2. Los recibos deben contener la información que se indica en la Parte 4. Si parte de esta información no se incluye en el recibo, pídale al farmacéutico que complete los detalles faltantes.
3. Proporcione la *Explicación de beneficios (EOB)* o la carta de denegación de la compañía de seguros primaria, en caso de que su cobertura primaria sea de otra compañía de seguros.
4. Es posible que se rechacen, posterguen o devuelvan los formularios incompletos.
5. Los recibos no le serán devueltos. Recuerde conservar una copia del formulario de reclamo completo y de los recibos para sus registros.

Parte 4: Datos del medicamento: *Esta información debe aparecer en el recibo original de la farmacia, en el listado de la farmacia o en la factura médica. Si parte de esta información no se incluye en el recibo o la factura, pídale al farmacéutico o proveedor médico que le ayude a completar los detalles faltantes. Si no puede obtener la información, nosotros intentaremos comunicarnos con la farmacia.*

Fecha escrita en el medicamento	Código de diagnóstico y descripción	Nombre del medicamento
Fecha de obtención del medicamento	Forma final del compuesto (crema, parches, supositorios, suspensión, etc.)	
Número del medicamento	Cantidad	Días de suministro

(continúa en la página 3)

Código Nacional de Medicamento (NDC)	Volumen total (g, ml, unidad, etc.)	
Nombre y apellido del médico que receta el medicamento		NPI del médico que receta el medicamento
Costo original del medicamento	Monto que pagó la compañía de seguros primaria por el medicamento	Monto que pagó el miembro

Para el reembolso por preparación de medicamentos compuestos, consulte la tabla a continuación. Indique el tiempo de preparación del medicamento compuesto en la sección *Datos del recibo*.

Tiempo	Reembolso
De 1 a 4 minutos	\$15.00
De 5 a 14 minutos	\$25.00
De 15 a 29 minutos	\$35.00
De 30 a 59 minutos	\$50.00
Más de 60 minutos	\$75.00

Ingredientes del medicamento compuesto

	Nombre del ingrediente	NDC del ingrediente	Cantidad en sistema métrico decimal	AWP/WAC (Costo del ingrediente)
1				
2				
3				
4				
Reembolsar a (Marque uno con un círculo) La farmacia El miembro			Costo total del ingrediente	
			Tiempo de preparación	
			Copago del miembro	

Envíe por correo este formulario junto con los recibos a esta dirección:

Navitus Health Solutions, LLC
PO BOX 999
Appleton, WI 54912-0999

O bien, envíelo por fax junto con los recibos a este número:

Línea gratuita: 1-855-668-8550