

Planes de Medicare y de Medicare-Medicaid Formulario de Reclamo para Medicamentos que Requieren Receta Médica

Puede usar este formulario para solicitarnos que paguemos nuestra parte de los medicamentos cubiertos. Consulte su Evidencia de Cobertura o Manual del Afiliado para obtener más información.

- Si desea que otra persona complete este formulario por usted, marque esta casilla y entregue un formulario de *Designación de Representante* completo (página 2) junto con el formulario de reclamo para medicamentos que requieren receta médica.

Instrucciones:

- Complete este formulario de reclamo para medicamentos que requieran receta médica.
- DEBE incluir un recibo de receta médica para cada reclamo que envíe para su procesamiento. Además de los recibos de receta médica, también puede enviar los recibos de la caja registradora. Los recibos de la receta médica deben incluir:

- Nombre del paciente
- Fecha de la receta surtida
- Días de suministro
- Número de la receta médica
- Cantidad despachada
- Nombre y dirección de la farmacia
- Número del Código Nacional de Medicamentos (National Drug Code, NDC)
- Cantidad total pagada

Nombre del médico que recetó el medicamento: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____ Número de teléfono: _____

3. Por correo a:

**Medicare Part D Pharmacy Claims
PO Box 989000
West Sacramento, CA 95798-9000**

Información del afiliado:

N.º de identificación del afiliado:	<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra.	Fecha de nacimiento: / /	N.º de grupo:
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	N.º de teléfono:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Coordinación de los Beneficios (Coordination of Benefits, COB) – Información sobre otro seguro:

¿Se toman estos medicamentos para una lesión sufrida en el lugar de trabajo? Sí No

¿Están estos medicamentos cubiertos por algún otro seguro? Sí No

Si la respuesta es "sí", la otra cobertura es: Primaria Secundaria

Si hubiera otra cobertura Primaria, adjunte una copia de la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) a este formulario.

Nombre de la otra compañía de seguros:	Número de póliza de la otra compañía de seguros:
Nombre del titular de la póliza de la otra compañía de seguros:	Nombre del empleador del titular de la póliza:

Comentarios adicionales:

Certifico que la información que antecede es correcta.

X _____ / /
Firma del afiliado Fecha

Nombramiento de un Representante

Nombre de la Parte	Numero de Medicare (beneficiario como parte) o identificador Nacional del Proveedor (proveedor o suplidor como parte)
--------------------	---

Sección 1: Nombramiento de un Representante

Para ser completado por la parte que busca representación (i.e., el beneficiario de Medicare, el proveedor o suplidor):

Yo nombro a _____ para actuar como representante en relación con mi reclamación o derecho en virtud del título XVIII de la Ley del Seguro Social (la Ley) y sus disposiciones relacionadas al título XI de la Ley. Autorizo a este individuo a realizar cualquier solicitud; presentar u obtener pruebas; obtener información sobre apelaciones; y recibir toda notificación sobre mi reclamación, apelación, queja o solicitud en mi representación. Entiendo que podría divulgarse la información médica personal sobre mi solicitud al representante indicado a continuación.

Firma de la Parte Solicitando Representación	Fecha	
Dirección	Número de teléfono (con código de área)	
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico (opcional)		

Sección 2: Aceptación del Nombramiento

Para ser completado por el representante:

Yo, _____, acepto por la presente el nombramiento antes mencionado. Certifico que no se me ha descalificado, suspendido o prohibido mi desempeño profesional ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS en inglés); que no estoy en calidad de empleado actual o anteriormente de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante del participante; y que reconozco que todo honorario podría estar sujeto a revisión y aprobación de la Secretaría.

Me desempeño como _____
(Situación profesional o relación con la parte, por ejemplo: abogado, pariente, etc.)

Firma del representante	Fecha	
Dirección	Número de teléfono (con código de área)	
Ciudad	Estado	Código Postal
Correo electrónico (opcional)		

Sección 3: Renuncia al Cobro de Honorarios por Representación

Instrucciones: El representante debe completar esta sección si se lo requieren o si renuncia al cobro de honorarios por representación. (Los proveedores o suplidores que representen a un beneficiario y le hayan brindado artículos o servicios no pueden cobrar honorarios por representación y **deben** completar esta sección).

Renuncio a mi derecho de cobrar un honorario por representar a _____ ante el Secretario(a) del HHS.

Firma	Fecha
-------	-------

Sección 4: Renuncia al Pago por Artículos o Servicios en Cuestión

Instrucciones: Los proveedores o suplidores que actúan como representantes de beneficiarios a los que les brindaron artículos o servicios deben completar esta sección si la apelación involucra un tema de responsabilidad en virtud de la sección 1879(a)(2) de la Ley. (La sección 1879(a)(2) en general se aborda si un proveedor, suplidor o beneficiario no tenía conocimiento o no se podía esperar razonablemente que supiera que los artículos o servicios en cuestión no estarían cubiertos por Medicare).

Renuncio a mi derecho de cobrar al beneficiario un honorario por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si está pendiente una determinación de responsabilidad bajo la sección 1879(a)(2) de la Ley.

Firma	Fecha
-------	-------

Cobro de Honorarios por Representación de Beneficiarios ante el Secretario(a) del HHS

Un abogado u otro representante de un beneficiario, que desee cobrar un honorario por los servicios prestados en relación con una apelación ante el Secretario(a) del HHS (i.e., una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ en inglés) o la revisión de un abogado adjudicador por la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA en inglés), una revisión con el Consejo de Apelaciones de Medicare o un proceso ante OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare como resultado de una orden de remisión de la Corte de Distrito Federal) debe por ley obtener aprobación para recibir un honorario de acuerdo con 42 CFR §405.910(f).

Mediante este formulario, "Solicitud para Obtener un Honorario por Concepto de Representación" se obtiene la información necesaria para solicitar el pago de honorario. Debe ser completado por el representante y presentado con la solicitud para audiencia con el ALJ revisión de OMHA o revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. La aprobación de honorarios para el representante no es necesaria si: (1) el apelante es representado por un proveedor o suplidor; (2) prestados en calidad oficial como un tutor legal, comité o cargo similar representante designado por el tribunal y con la aprobación del tribunal del honorario en cuestión; (3) el honorario es por representación del beneficiario ante la corte de distrito federal; o (4) el honorario es por representación del beneficiario en una redeterminación o reconsideración. Si el representante desea renunciar al cobro de un honorario, puede hacerlo. La sección 3 en la primera página de este formulario puede usarse para ese propósito. En algunas instancias, según se indica en el formulario, no se cobrará el honorario por concepto de representación.

Aprobación de Honorarios

El requisito para la aprobación de honorarios garantiza que el representante recibirá una remuneración justa por los servicios prestados ante HHS en nombre de un beneficiario y brinda al beneficiario la seguridad de que los honorarios sean razonables. Para la aprobación de un honorario solicitado, OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare considera la clase y el tipo de servicios prestados, la complejidad del caso, el nivel de pericia y capacidad necesaria para la prestación de servicios, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados alcanzados, el nivel de revisión administrativa al cual el representante llevó la apelación y el monto del honorario solicitado por el representante.

Conflicto de Interés

Las secciones 203, 205 y 207 del título XVIII del Código de Estados Unidos consideran como un delito penal cuando ciertos funcionarios, empleados y antiguos funcionarios y empleados de los Estados Unidos prestan ciertos servicios en temas que afectan al Gobierno, ayudan o asisten en el procesamiento de reclamaciones contra los Estados Unidos. Los individuos con un conflicto de interés quedarán excluidos de ser representantes de los beneficiarios ante HHS.

Dónde Enviar este Formulario

Envíe este formulario al mismo lugar que está enviando (o ha enviado) su: apelación si está solicitando una apelación, queja o protesta si está solicitando una queja o protesta, o determinación o decisión inicial si está solicitando una determinación o decisión inicial. Si necesita ayuda, comuníquese con 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o con su plan de Medicare. Usuarios TTY debe llamar al 1-877-486-2048.

Usted tiene derecho a obtener la información de Medicare en un formato accesible, como en letra grande, Braille o audio. También tiene el derecho de presentar una queja si piensa que ha sido discriminado. Visite <https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice.html> o llame al 1-800-MEDICARE para más información.

Section 1557 Non-Discrimination Language
Notice of Non-Discrimination

Health Net complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact Health Net's Member Services telephone number listed for your state on the Member Services Telephone Numbers by State Chart. From October 1 to March 31, you can call us 7 days a week from 8 a.m. to 8 p.m. From April 1 to September 30, you can call us Monday through Friday from 8 a.m. to 8 p.m. A messaging system is used after hours, weekends, and on federal holidays.

If you believe that Health Net has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number in the chart below and telling them you need help filing a grievance; Health Net's Member Services is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Member Services Telephone Numbers by State Chart

State	Telephone Number and Plan Type
California	1-800-431-9007 (Jade, Sapphire, Amber and HMO SNP), 1-800-275-4737 (all other HMO); (TTY: 711)
Oregon	1-888-445-8913 (HMO and PPO); (TTY: 711)

English: Language assistance services, auxiliary aids and services, and other alternative formats are available to you free of charge. To obtain this, please call the number above.

Español (Spanish): Servicios de asistencia de idiomas, ayudas y servicios auxiliares, y otros formatos alternativos están disponibles para usted sin ningún costo. Para obtener esto, llame al número de arriba.

简体中文(Chinese): 可以免费为您提供语言协助服务、辅助用具和服务以及其他格式。如有需要, 请拨打上述电话号码。

Tiếng Việt (Vietnamese): Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, các trợ cụ và dịch vụ phụ thuộc, và các dạng thức thay thế khác hiện có miễn phí cho quý vị. Để có được những điều này, xin gọi số điện thoại nêu trên.

Tagalog (Tagalog): Mayroon kang makukuhang libreng tulong sa wika, auxiliary aids at mga serbisyo, at iba pang mga alternatibong format. Upang makuha ito, mangyaring tawagan ang numerong nakasulat sa itaas.

한국어(Korean): 언어 지원 서비스, 보조적 지원 및 서비스, 기타 형식의 자료를 무료로 이용하실 수 있습니다. 이용을 원하시면 상기 전화번호로 연락해 주십시오.

Armenian: Ուժեղացված լեզուների օգնություն, երբեք խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ

فارسي (Persian): خدمات ترجمه، حمایت های؛ خدمات کمکی و سایر انواع دیگر به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرند. برای به دست یابی به این خدمات، لطفاً با شماره تلفن بالا تماس بگیرید.

Русский язык (Russian): Вам могут быть бесплатно предоставлены услуги по переводу, вспомогательные средства и услуги, а также материалы в других, альтернативных, форматах. Чтобы получить их, позвоните, пожалуйста, по указанному выше номеру телефона.

日本語 (Japanese): 言語支援サービス、補助器具と補助サービス、その他のオプション形式を無料でご利用いただけます。ご利用をお考えの方は、上記の番号にお電話ください。

(Arabic): خدمات المساعدة اللغوية والمعينات والخدمات الإضافية وغيرها من الأشكال البديلة متاحة لك مجاناً. للحصول عليها، يرجى الاتصال بالرقم أعلاه.

ਪੰਜਾਬੀ (Panjabi): ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਬਦਲਵੇਂ ਫਾਰਮੈਟ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇਹਨਾਂ ਦੇ ਲਈ ਵਿਰਧਾ ਕਰਕੇ ਉੱਪਰ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian): សេវាកម្មជំនួយភាសា ជំនួយជំនួស និងសេវាកម្មនានា នឹងទប់ ដែលមានជម្រើស លើសសេដ្ឋកិច្ចសង្គម ដែលសេវាកម្មកម្មករអាចរកបានសោយឥតគិតថ្លៃ។ សេវាទាំងនេះ គឺមានសេវា ០១០០ ម៉ោង ២៤ ម៉ោង ៧ ថ្ងៃ ក្នុងមួយសប្តាហ៍។

Ntawv Hmoob (Hmong): Muaj kev pab txhais lus, khoom pab mloog txhais lus thiab lwm yam kev pab pub dawb rau koj. Xav tau tej no, thov hu rau tus nab npawb saum toj saud.

हिंदी (Hindi): भाषा सहायता सेवाएं, सहायक उपकरण और सेवाएं, और अयि वैकल्पिक फ़ॉर्म आपके लिए निः शुल्क उपलब्ध हैं। इन्हें प्राप्त करने के लिए, कृपया उपरोक्त नंबर पर कॉल करें।

ไทย Thai): การช่วยเหลือด้านภาษา อุปกรณ์และบริการเสริม รวมทั้งรูปแบบทางเลือกอื่น ๆ มีให้ท่านใช้ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากต้องการขอรับบริการเหล่านี้ กรุณาติดต่อ

Українська мова (Ukrainian): Вам можуть бути безкоштовно надані послуги з перекладу, допоміжні засоби та послуги, а також матеріали в інших, альтернативних, форматах. Щоб одержати їх, зателефонуйте, будь ласка, за номером телефону, який зазначений вище.

Română (Romanian): Servicii de asistență lingvistică, ajutoare și servicii auxiliare, precum și alte formate alternative vă stau la dispoziție în mod gratuit. Pentru a le obține, apălați numărul de mai sus.

Cushite (Cushite): Tajaajila qarqaarsa afaanii, qarqaarsa deeggarsaa fi tajaajilaa, fi qarqaarsi akkaataa biroo bilisaan siif laatama. Tajaajila kanniin argachuuf maaloo lakkoofsa asii olii bilbili.

Deutsch (German): Sprachunterstützung, Hilfen und Dienste für Hörbehinderte und Gehörlose sowie weitere alternative Formate werden Ihnen kostenlos zur Verfügung gestellt. Um eines dieser Serviceangebote zu nutzen, wählen Sie die o. a. Rufnummer.

Français (French) : Des services gratuits d'assistance linguistique, ainsi que des services d'assistance supplémentaires et d'autres formats sont à votre disposition. Pour y accéder, veuillez appeler le numéro ci-dessus.