



Formulario de reclamo de medicamentos con receta

No tiene la obligación de usar este formulario para solicitar un reembolso. 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. Complete el formulario con toda la información que tenga disponible. Si quedan campos sin completar, intentaremos obtener la información directamente de la farmacia. **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 la *Evidencia de cobertura*. Si tiene preguntas sobre el período de presentación, revise la *Evidencia de cobertura* o llame a Servicios al Cliente al 844-827-2355 (TTY: 711). Horario de atención: De lunes a domingo de 7 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), del 1.º de octubre al 31 de marzo. (Después del 31 de marzo, los sábados, domingos y feriados su llamada será atendida por nuestros sistemas telefónicos automatizados).
3. Las solicitudes de reembolso pueden hacerlas el miembro, el proveedor o médico que receta el medicamento, o el representante del miembro. Si otra persona que no es el miembro solicita este reembolso, incluya un formulario completo de asignación de representante o una notificación equivalente junto con la solicitud.
4. Envíe un formulario por separado por cada paciente para quien presente recibos.

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Número de teléfono	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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 (N/D si no está disponible)		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. 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.
3. 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 de obtención del medicamento	Código de diagnóstico y descripción	Nombre del medicamento
Número del medicamento	Forma final del compuesto (crema, parches, supositorios, suspensión, etc.)	
Código Nacional de Medicamento (NDC)	Cantidad	
Días de suministro	Volumen total (g, ml, unidad, etc.)	

(continúa en la página 3)

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				
			Costo total del ingrediente	
			Tiempo de preparación	
			Copago del miembro	

Reembolsar a	
<input type="checkbox"/> La farmacia	<input type="checkbox"/> El miembro

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

Summit Health Plan, Inc. Manual Claims
 PO BOX 1039
 Appleton, WI 54912-1039

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

Número gratuito 1-855-668-8550