

**INSTRUCCIONES PARA EL
FORMULARIO DE REEMBOLSO**

Lea atentamente antes de llenar este formulario. **Los formularios de reembolso que no incluyan la información necesaria pueden retrasar o inhibir nuestra capacidad de procesar su solicitud de reembolso. Las presentaciones manuales no garantizan un reembolso.**

Parte 1: Información del afiliado (que debe llenar el afiliado)

1. Llene con toda la información en la Parte 1. El número de Id. del afiliado o titular se encuentra en su tarjeta del seguro.
2. Presente las solicitudes dentro del período de presentación especificado por su plan de salud. Para hacer preguntas sobre su período de presentación, llame al número en el reverso de su tarjeta del seguro.
3. Presente un formulario de reembolso separado por cada paciente y por cada farmacia en la cual compra medicamentos.
4. **NOTA IMPORTANTE: El pago y la correspondencia relacionada se enviará al suscriptor primario, a menos que nos proporcione una dirección alternativa en la Parte 1.**

Parte 2: Información de los recibos

1. Presente las etiquetas o recibos de las recetas que contengan la información solicitada (que aparece a continuación) o pídale al farmacéutico que llene la Parte 2 y la Parte 3. Si no le dan un recibo por sus recetas, se exige la firma del farmacéutico.
2. Incluya todos los recibos originales de la farmacia. Pegue los recibos a una página distinta para presentarla con el formulario de reembolso.

Nota: No engrape los recibos u otros documentos al formulario de reembolso.

3. Para presentar solicitudes múltiples, use el formulario de recetas múltiples.

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA O RECETA

Ejemplo de etiqueta de receta: Use este ejemplo como guía para encontrar la información requerida. Nota: Cada farmacia puede tener un formato de etiqueta único.

Farmacia Anytime N.º 1234 (509)555-1234

Cualquier calle 123

NPI de la tienda: 1234567890

Home Town, US 12345-6789

Receta 1234567

Fecha en que se surtió: 1/1/2009

DOE, JANE F. DE NAC.: 01/01/1900

456 Home Road (509)555-5678

Home Town, US 12345

Amoxicilina 500 mg cápsulas (Teva)

DAW:000000-1111-22

Cantidad: 45 Suministro para: 30 días

A. SMITH, MD NPI: 4567890123

U&C: 200.00 Copago: 20.00

1. Fecha en que se surtió*
2. Número de receta
3. Cantidad*
4. Días de suministro*
5. Código Nacional de Medicamentos (NDC, National Drug Code)*
6. Nombre y concentración del medicamento*
7. Nombre del médico
8. Identificación Nacional de Proveedor (NPI, National Provider Identifier) del médico
9. Dispensar según instrucciones (DAW, Dispense as Written)
10. Precio regular y habitual (U&C, Usual and Customary Price) o precio de la receta*
11. Copago*
12. Identificación Nacional de Proveedor (NPI) de la farmacia

**Denota la información necesaria para procesar una solicitud. Si no se incluye esta información, puede retrasar o inhibir nuestra capacidad para procesar su solicitud de reembolso.*

Parte 3: Información de la farmacia (que debe llenar la farmacia)

1. Si la información necesaria no está disponible en el recibo, pídale al farmacéutico que llene la Parte 2 y la Parte 3.
2. Recuerde conservar una copia del formulario de reembolso llenado y los recibos para sus registros.
3. Envíe el formulario llenado y los recibos a: MedImpact Healthcare Systems, Inc.

P.O. Box 509108

San Diego, CA 92150-9108

Fax: 858-549-1569

Correo electrónico: Claims@Medimpact.com

PARTE 1 *Denota la información necesaria para procesar una solicitud. Si no se incluye esta información, puede retrasar o inhibir nuestra capacidad para procesar su solicitud de reembolso.

Número de Id. del afiliado primario o titular*	Número de grupo	
Nombre del plan de salud o seguro	Nombre del suscriptor primario*	F. DE NAC.: (mm/dd/aaaa)* / /
Nombre del paciente: (Primer nombre, segundo nombre, apellido)*	F. DE NAC.: (mm/dd/aaaa)* / /	Relación con el suscriptor primario: Suscriptor <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>
Dirección alternativa: (calle, ciudad, estado, código postal)		
*Si no se especifica una dirección alternativa, el pago o la correspondencia se enviará a la dirección del suscriptor primario registrada en su plan de salud o seguro.		
Firma del afiliado*	Número de teléfono: ()	Fecha:

Indique su razón para presentar estas solicitudes de manera manual (seleccione una):

- Coordinación de beneficios: Las solicitudes se deben presentar con los recibos de la farmacia que identifiquen los copagos pagados y una Explicación de beneficios del asegurador primario (o historial de recetas de la farmacia que muestre el pago de seguro primario)
- Se usó una tarjeta de descuento
- Plan de salud, información de seguro o tarjeta del seguro no disponible en el momento de la compra
- Farmacia incapaz de procesar la solicitud de manera electrónica
- Me administraron una vacuna cubierta por la Parte D en la consulta del médico o en una clínica (el costo por vacuna y los pagos por administración se deben incluir por separado)
- Emergencia: En caso de emergencia, describa la emergencia a continuación
- _____

PARTE 2

Número de receta	Fecha en que se surtió* / /	<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación	Cantidad*	Días de suministro*	Código Nacional de Medicamentos (NDC) de 11 dígitos* <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											
Nombre y concentración del medicamento*:			Nombre del médico:		NPI del médico*:											
Precio de la receta* \$		Copago* \$		Costo de administración* \$												

¿Compuesto? Sí No (Si la respuesta es sí, identifique los ingredientes del NDC y las cantidades en el Formulario de reembolso de compuestos)

PARTE 3: Adjunte la etiqueta de la farmacia aquí o ingrese la información:

Nombre de la farmacia*			Número de teléfono de la farmacia	
Dirección			NPI*	
Ciudad	Estado	Código postal	Firma del farmacéutico*	Fecha

Formulario de reembolso de múltiples recetas

Número de receta	Fecha en que se surtió* / /	<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación	Cantidad*	Días de suministro*	Código Nacional de Medicamentos (NDC) de 11 dígitos* <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
Nombre y concentración del medicamento*:			Nombre del médico:		NPI del médico*:											
Precio de la receta* \$		Copago* \$		Costo de administración* \$												

¿Compuesto? Sí No (Si la respuesta es sí, identifique los ingredientes del NDC y las cantidades en el Formulario de reembolso de compuestos)

Número de receta	Fecha en que se surtió* / /	<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación	Cantidad*	Días de suministro*	Código Nacional de Medicamentos (NDC) de 11 dígitos* <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
Nombre y concentración del medicamento*:			Nombre del médico:		NPI del médico*:											
Precio de la receta* \$		Copago* \$		Costo de administración* \$												

¿Compuesto? Sí No (Si la respuesta es sí, identifique los ingredientes del NDC y las cantidades en el Formulario de reembolso de compuestos)

Número de receta	Fecha en que se surtió* / /	<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación	Cantidad*	Días de suministro*	Código Nacional de Medicamentos (NDC) de 11 dígitos* <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
Nombre y concentración del medicamento*:			Nombre del médico:		NPI del médico*:											
Precio de la receta* \$		Copago* \$		Costo de administración* \$												

¿Compuesto? Sí No (Si la respuesta es sí, identifique los ingredientes del NDC y las cantidades en el Formulario de reembolso de compuestos)

Número de receta	Fecha en que se surtió* / /	<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación	Cantidad*	Días de suministro*	Código Nacional de Medicamentos (NDC) de 11 dígitos* <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>											
Nombre y concentración del medicamento*:			Nombre del médico:		NPI del médico*:											
Precio de la receta* \$		Copago* \$		Costo de administración* \$												

¿Compuesto? Sí No (Si la respuesta es sí, identifique los ingredientes del NDC y las cantidades en el Formulario de reembolso de compuestos)

Número de receta	Fecha en que se surtió* //	<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación	Cantidad*	Días de suministro*	Código Nacional de Medicamentos (NDC) de 11 dígitos* <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>											
Nombre y concentración del medicamento*:			Nombre del médico:		NPI del médico*:											
Precio de la receta* \$		Copago* \$		Costo de administración* \$												

¿Compuesto? Sí No (Si la respuesta es sí, identifique los ingredientes del NDC y las cantidades en el Formulario de reembolso de compuestos)

RECETAS DECOMPUESTOS

La farmacia o instalación de despacho debe llenar la parte faltante de este formulario y devolverlo al afiliado o paciente o proporcionar al afiliado o paciente un Formulario de reembolso universal para un medicamento compuesto.*

- Proporcione un número de NDC de 11 dígitos para cada uno de los ingredientes del medicamento
- Indique los ingredientes del medicamento y la cantidad.
- Indique la cantidad métrica dispensada en cantidad de tabletas, gramos o mililitros para líquidos, cremas, ungüentos o medicamentos inyectables.
- Indique la cantidad pagada por el paciente por la receta.

RECETAS COMPUESTAS			
Sólo para uso de la farmacia			
No. de NDC	Medicamento/Ingrediente	Cantidad	Cargo
Cobro total:			\$

Nota: Si el medicamento fue comprado en un país extranjero, la moneda se debe convertir a dólares estadounidenses.

La etiqueta original de receta de la farmacia o recibo de efectivo debe ir acompañada de este formulario de reembolso o el Formulario universal de reembolso para medicamentos compuestos. Las etiquetas y recibos de las recetas no se devolverán; podría querer sacarles copia para sus registros.

AVISO IMPORTANTE PARA LAS SOLICITUDES

Para residentes de AL, AK, AZ, CT, DE, GA, ID, IL, IN, IA, KS, KY, LA, MA, MI, MN, MS, MO, MT, NE, NV, NH, NM, NC, ND, OH, OR, RI, SC, SD, VT, WI, WY: ADVERTENCIA: Para su protección, las leyes estatales exigen que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas intente o sea cómplice de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa podría ser procesada bajo las leyes estatales y estar sujeta a multas civiles y sanciones criminales. **Además, para residentes de DE, ID, MN, NM, OH:** Cualquier persona que cometa los actos ya mencionados es culpable de un delito o delito grave y también podría estar sujeta a multas o sanciones penales.

Para residentes de AR, CA, DC, FL, HI, MD, ME, OK, TN, TX, UT, VA, WA, WV:

ADVERTENCIA: Para su protección, las leyes estatales exigen que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas intente o sea cómplice de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros o presente una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito y podría estar sujeta a encarcelamiento, multas, o denegación de beneficios de seguros. **Además, para residentes de AR, CA, FL, MD, OK, TX, UT, WV:** Cualquier persona que cometa los actos ya mencionados es culpable de un delito o delito grave y también podría estar sujeta a multas o sanciones penales.

Para residentes de CO: ADVERTENCIA: Para su protección, las leyes estatales exigen que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el objetivo de defraudar o intentar defraudar a la empresa. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguros y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una aseguradora que a sabiendas proporcione hechos o información falsa, incompleta o engañosa a un titular de póliza o solicitante para el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de póliza o solicitante con respecto a un acuerdo o indemnización pagable por procedimientos de seguros será denunciado a la división de seguros de Colorado dentro del departamento o a las agencias reguladoras.

Para residentes de NY: ADVERTENCIA: Para su protección, las leyes estatales exigen que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a alguna compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguros o declaración de solicitud que contenga cualquier información materialmente falsa, u oculte información relacionada con cualquier hecho material en la misma con el propósito de engañar, comete una acción de seguros fraudulenta, la que es un delito y también estará sujeta a una sanción penal que no exceda cinco mil dólares y el valor declarado de la solicitud por cada infracción.

Para residentes de PA: ADVERTENCIA: Para su protección, las leyes estatales exigen que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar o defraudar a alguna compañía de seguros presente una solicitud o declaración que contenga información falsa, incompleta o engañosa estará, al ser declarada culpable, sujeta a encarcelamiento hasta por siete años y el pago de una multa de hasta \$15,000.

Para residentes de Puerto Rico: ADVERTENCIA: Para su protección, estamos obligados a imprimir lo siguiente. Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguros o presente, ayude, o cause la presentación de una solicitud fraudulenta para el pago de una pérdida o de cualquier otro beneficio, o presente más de una solicitud para el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, al ser declarada culpable, será sancionada por cada infracción con la sanción de una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000) y no más de diez mil dólares (\$10,000), o un período fijo de encarcelamiento de tres (3) años, o ambas sanciones. Si se presentan circunstancias agravantes, la sanción así establecida podría ser aumentada a un máximo de cinco (5) años, si se presentan circunstancias atenuantes, se puede reducir a un mínimo de dos (2) años.

¿Necesita una impresión de gran tamaño u otro formato?

Para conseguir este material en otros formatos o solicitar servicios de traducción de idiomas, llame a Servicios al Afiliado de Prominence Health Plan al 855-969-5882 (Servicio TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo y de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Los beneficiarios deben usar las farmacias de la red para acceder a sus beneficios de medicamentos con receta. Los beneficios, formularios, red de farmacias, primas o copagos o coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Prominence Health Plan es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Prominence Health Plan depende de la renovación del contrato.

Prominence Health Plan cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-969-5882 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-969-5882 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-969-5882 (TTY: 711).