



**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE
PARA REEMBOLSO DEL AFILIADO**

Despachar como se especifica (DAW, por sus siglas en inglés): Este código es un mensaje de su médico al farmacéutico sobre el uso de genéricos. Si se aplica a sus medicamentos recetados, este puede encontrarse en la etiqueta de la farmacia o se lo puede proporcionar su farmacia.

- 0—No se aplica
 1—El médico exige que se surta un producto de marca
 2—El paciente exige que se surta un producto de marca
 5—Medicamento de marca presentado como genérico
 7—Medicamento de marca exigido por las leyes estatales

PARTE 3: INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de la farmacia

N.º de identificación de NCPDP de la farmacia o NPI de la farmacia

Dirección

Ciudad Estado Código postal Número de teléfono de la farmacia () -

Tipo de servicio de la farmacia

Minorista
 Compuesto
 Infusión en el hogar
 Institucional
 Cuidado a largo plazo
 Organización de cuidado médico administrado
 Envío por correo
 De especialidad

DESCRIPCIÓN DE LA DIFICULTAD

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La farmacia no acepta mi plan de Humana | <input type="checkbox"/> Considero que la reclamación no se pagó de manera correcta |
| <input type="checkbox"/> La farmacia no pudo procesar mi reclamación electrónicamente | <input type="checkbox"/> Se me administró una vacuna cubierta por la Parte D en el consultorio médico |
| <input type="checkbox"/> Yo no tenía la información de mi plan en el momento de la compra | <input type="checkbox"/> Surtí mi medicamento durante una emergencia |
| <input type="checkbox"/> Se me cobró por los medicamentos recibidos durante una consulta a la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Tengo cobertura de medicamentos con un plan diferente al de Humana (Coordinación de beneficios): |

Nombre de la compañía de seguros: _____

Teléfono de la compañía de seguros: _____

Nombre del patrono: _____

N.º de identificación del afiliado: _____

Explique la dificultad:

AVISO IMPORTANTE DE LA RECLAMACIÓN

Advertencia: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o una reclamación que contenga información errónea; u (2) oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto fraudulento.

Número de identificación de Humana
 H -



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE
PARA REEMBOLSO DEL AFILIADO

FIRME EL FORMULARIO:

Firma del afiliado X _____ Fecha ____ / ____ / ____

TENGA EN CUENTA: Si otra persona que no es el afiliado firma este formulario, se requiere documentación adicional que autorice a ese representante. Esto puede incluir un formulario o declaración de Nombramiento de representante (AOR, por sus siglas en inglés), un poder notarial (POA, por sus siglas en inglés), u otra documentación legal. Un formulario de AOR está disponible en <https://www.humana.com/medicare-support/tools/member-forms> para su conveniencia.

Tenga en cuenta que la cantidad de su reembolso puede variar. Esto dependerá de la diferencia entre la cantidad que pagó en la farmacia y el subsidio del plan de Humana, **o bien** la tarifa negociada con la farmacia por ese medicamento. Tenga en cuenta que esto significa que usted posiblemente no reciba la cantidad completa de vuelta. Si la cantidad que usted pagó a la farmacia es superior al subsidio del plan, entonces el reembolso será inferior a lo que usted realmente pagó por el medicamento. Para obtener más información, puede revisar la política DMR completa de Humana en la sección de Políticas de cobertura de farmacia de www.humana.com/pharmacy/medicare/tools/druglist.

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-877-320-1235** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

1-877-320-1235 (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

1-877-320-1235 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resewwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Wódaahí béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé' níká'adoowoł.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك