



FORMULARIO DE REEMBOLSO DIRECTO PARA MIEMBROS DE MEDICAID DEL PROGRAMA DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Use este formulario para obtener un reembolso si pagó el costo al por menor de sus medicamentos con receta cubiertos.

Puede enviar este formulario por cualquiera de estos motivos:

- Es un nuevo miembro y no tiene su tarjeta de ID.
- Su farmacia no pudo encontrar su información en el sistema de la farmacia.
- Fue dado de alta de un centro para pacientes hospitalizados después del horario de atención.
- Su seguro primario ya ha pagado la receta adjunta (Coordinación de beneficios).
- Usted tuvo una emergencia fuera del lugar donde vive y no tenía su tarjeta de ID para recetas (proporcionar comprobante de Explicación de Beneficios para Cuidado de Urgencia o Sala de Emergencias).

Lea atentamente antes de enviar por correo su formulario completado.

- Usted debe incluir los recibos originales de las etiquetas de los medicamentos y los recibos de la tarjeta de crédito o caja registradora como comprobantes de compra.
- El envío de este formulario no garantiza que usted recibirá un reembolso.
- Su reclamo puede cambiar debido a las pautas de su plan.
- Cualquier reembolso o correspondencia se enviará al miembro del plan primario.
- Los reclamos se devolverán si el formulario no está completado y firmado por el miembro del plan.

Sus recibos deberán incluir la siguiente información:

- Nombre de la farmacia
- Nombre del medicamento, concentración y cantidad
- Nombre del médico que receta
- Número de la receta y fecha en que se surtió
- La cantidad que el miembro pagó por las recetas

Si no podemos leer sus recibos, su pago podría demorarse, o es posible que no reciba un reembolso.

Envíe el formulario completado y los recibos a:

OptumRx
P.O. Box 650334
Dallas, TX 75265-0334

¿Tiene preguntas?

Llame al número gratuito de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro.

Información del miembro (en letra de imprenta)		
Nombre del plan de salud (seguro)	ID del miembro	Fecha de nacimiento
Nombre: Apellido	Inicial	Segundo
Dirección postal		
Nombre del médico que receta	Número de teléfono del médico que receta	

Motivo de la solicitud (debe seleccionar al menos un motivo)

- Soy un nuevo miembro y no tenía mi tarjeta de ID para recetas.
- Mi farmacia no pudo encontrar mi información en el sistema de la farmacia.
- Fui dado de alta de un centro para pacientes hospitalizados después del horario de atención.
- Tuve una emergencia fuera del lugar donde vivo y no tenía mi tarjeta de ID para recetas (proporcionar comprobante de Explicación de Beneficios para Cuidado de Urgencia o Sala de Emergencias).
- Mi seguro primario ya ha pagado la receta adjunta (ver la sección Coordinación de los Beneficios a continuación).

Coordinación de los Beneficios

Solo complete esta sección si su seguro primario ya ha pagado la receta adjunta.

Fecha	ID del miembro primario	
Plan de salud primario/compañía de seguros		
Nombre del miembro primario: Apellido	Inicial	Segundo

Al firmar este formulario confirmo que:

- El miembro para el que se hace el reclamo está cubierto por este programa de medicamentos con receta.
- Esta receta es solo para el miembro mencionado.
- Los reclamos que envié para el pago no cumplen los requisitos de pago por otro programa de seguro automovilístico sin culpa o de accidentes laborales.
- Autorizo la divulgación de toda la información relativa a este reclamo al administrador del plan, asegurador, titular de la póliza patrocinada o empleador.

Firma _____ Fecha _____

Conserve una copia de este formulario y de los recibos en su archivo personal.



Los servicios por contrato se financian bajo contrato con el Estado de Indiana. UnitedHealthcare Community Plan no da un tratamiento diferente a sus miembros en base a su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

Si usted piensa que ha sido tratado injustamente por razones como su sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional, puede enviar una queja a:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130
UHC_Civil_Rights@uhc.com

Usted tiene que enviar la queja dentro de los 60 días de la fecha cuando se enteró de ella. Se le enviará la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para solicitar que la consideremos de nuevo.

Si usted necesita ayuda con su queja, por favor llame al **1-800-832-4643**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m. EST, de lunes a viernes.

Usted también puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Internet:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios para las quejas se encuentran disponibles en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono:

Llamada gratuita, **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)

Correo:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Si necesita ayuda para presentar su queja, por favor llame a Servicios para Miembros al **1-800-832-4643**, TTY **711**.

Se proporcionan servicios para ayudarle a comunicarse con nosotros, tales como otros idiomas o letra grande, sin costo para los miembros. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, por favor llame a Servicios para Miembros del **1-800-832-4643**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m. EST, de lunes a viernes.

ATTENTION: If you speak English language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-832-4643, TTY 711**.

ATENCIÓN: Si habla español (Spanish), tiene a su disposición servicios de asistencia gratuitos en su idioma. Llame al **1-800-832-4643, TTY 711**.

注意：如果您說中文 (Chinese)，您可獲得免費語言協助服務。請致電 **1-800-832-4643，聽障專線 (TTY) 711**。

HINWEIS: Wenn du Deutsch (German) sprichst, stehen dir kostenlose Sprachdienste zur Verfügung. Anrufe unter **1-800-832-4643, TTY 711**.

Attention: Vann du Pennsylvania Deitsh (Pennsylvania Dutch) shvetsht, dann kansht du hilf greeya funn ebbah es deitsh shvetzt, un's kosht dich nix. **Call 1-800-832-4643, TTY 711**.

သတိမူရန်- သင်သည် မြန်မာ (Burmese) စကားပြောတတ်လျှင်၊ ဘာသာစကားအကူအညီအား အခမဲ့ရယူနိုင်ပါသည်။ ခေါ်ဆိုရန် **1-800-832-4643, TTY 711**။

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية (Arabic)، فنتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل على الرقم **2464-383-800-1**، الهاتف النصي **TTY 711**.

참고: 한국어(Korean)를 구사하시는 경우, 통역 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-832-4643(TTY는 711)번으로 문의하십시오.**

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt (Vietnamese), chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Gọi số **1-800-832-4643, TTY 711**.

ATTENTION : si vous parlez français (French), vous pouvez obtenir une assistance linguistique gratuite. Appelez le **1-800-832-4643, TTY 711**.

注意：日本語 (Japanese) をお話しになる場合は、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。電話番号 **1-800-832-4643、または TTY 711** までご連絡ください。

LET OP: Als u Nederlands (Dutch) spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van taalhelpdiensten. Bel **1-800-832-4643, TTY 711**.

ATENSYON: Kung nagsasalita ka ng Tagalog (Tagalog), may magagamit kang mga serbisyo na pantulong sa wika na walang bayad. Tumawag sa **1-800-832-4643, TTY 711**.

ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски (Russian), Вы можете бесплатно воспользоваться помощью переводчика. Позвоните: **1-800-832-4643, TTY 711**.

ਸਾਵਧਾਨ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਬੋਲਦੇ ਹੋ ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-832-4643, TTY 711 ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी (Hindi) बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-832-4643, TTY 711 पर कॉल करें।**