

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

Puede usar este formulario para pedirnos que paguemos nuestra parte de sus medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura o Manual del Afiliado.

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 de recetas médicas.

INSTRUCCIONES:			
1. Complete este formulario. 2. Engrape el/los recibo/s de farmacia al formulario (no podemos aceptar recibos de una caja registradora) y envíe la documentación por correo a:			
Medicare Part D Pharmacy Claims PO Box 419069 Rancho Cordova, CA 95741-9069			
INFORMACIÓN SOBRE EL AFILIADO:			
N.º de Identificación del/de la afiliado/a:			N.º del grupo:
Apellido:	Nombre:	Inicial del 2.º nombre:	N.º de teléfono:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____		
¿Su reclamo ha sido procesado por otra compañía de seguros? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, adjunte una copia de su Explicación de Beneficios (EOB) o una declaración de su otro seguro además de su/s recibo/s de farmacia.			
Nombre de la otra compañía de seguros:		Número de póliza del otro seguro:	
Nombre del titular de la póliza del otro seguro:		Nombre del empleador del titular de la póliza:	
Tipo del otro seguro: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar			
Otros comentarios: _____ _____ _____			
Certifico que la información anterior 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.

Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan) is a health plan that contracts with both Medicare and South Carolina Healthy Connections Medicaid to provide benefits of both programs to enrollees.

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-735-4398 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on federal holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-735-4398 (TTY: 711) de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Luego del horario de atención, los fines de semana y los días feriados federales, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el próximo día hábil. La llamada es gratuita.

Notice of Non-Discrimination. Absolute Total Care (Medicare-Medicaid Plan) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Absolute Total Care does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Absolute Total Care: → 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, 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 Absolute Total Care's Member Services at 1-855-735-4398 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on federal holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day.

If you believe that Absolute Total Care 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 above and telling them you need help filing a grievance; Absolute Total Care'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, (TDD: 1-800-537-7697).

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

