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

Puede usar este formulario para solicitarnos que paguemos nuestra parte de los medicamentos cubiertos. Consulte su Evidencia de Cobertura o Manual del Afiliado para obtener más información.

☐ 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 para medicamentos que requieren receta médica.

1 1					
		Instruccion	es:		
1. Complete este formulario de rec	lamo para medica	mentos que re	equieran receta médio	ca.	
 DEBE incluir un recibo de recet receta médica, también puede er Nombre del paciente Fecha de la receta surtida Días de suministro Nombre del médico que recetó el medicamento: 	oviar los recibos de	e la caja regis mero de la re ntidad despac mbre y direcc	tradora. Los recibos eceta médica	 Número de de Medica Drug Code 	édica deben incluir: el Código Nacional imentos (National
Dirección:					
Ciudad, Estado, Código postal			Núr	nero de fono:	
3. Por correo a:					
		PO Bo	Pharmacy Claims x 989000 to, CA 95798-9000		
	Info	rmación del	afiliado:		
N.º de identificación del afiliado:	□ Sr. □ Sra.	Fecha de na	cimiento: / /	N.° de grupo:	
Apellido:	Nombre: Inicial del segundo nombre:		N.º de teléfono:		
Dirección: Ciudad:		Ciudad:	•	Estado:	Código Postal:
Coordinación de los Ber	neficios (Coordina	ation of Bene	efits, COB) – Inform	nación sobre o	otro seguro:
¿Se toman estos medicamentos par	a una lesión sufrid	la en el lugar	de trabajo?	⊐ Sí □ N	0
¿Están estos medicamentos cubiert Si la respuesta es "sí", la otra cobe. Si hubiera otra cobertura Primario este formulario. Nombre de la otra compañía	rtura es: Prin	naria □ S	Secundaria cación de Beneficios Número de póliza d	e la otra	
de seguros:			compañía de seguros:		
Nombre del titular de la póliza de la otra compañía de seguros:			Nombre del emplea	dor del titular o	le la póliza:
	Com	entarios adio	cionales:		
Certifico que la información que a X	ntecede es correcta	ı.		/	/
Firma del afiliado				Fecha	

Nombramiento de un Representante

ic	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 (suplidor):	i.e., el beneficiario de l	Medicare, el proveedor o	
yo nombro a para actuar como virtud del título XVIII de la Ley del Seguro Social (la Ley) y sus dis este individuo a realizar cualquier solicitud; presentar u obtener p oda notificación sobre mi reclamación, apelación, queja o solicit nformación médica personal sobre mi solicitud al representante i	sposiciones relacionadas ruebas; obtener informa rud en mi representación	s al título XI de la Ley. Autorizo a ción sobre apelaciones; y recibir	
Firma dela Parte Solicitando Representación		Fecha	
Dirección		Número de teléfono (con código de área)	
Ciudad	Estado	Código Postal	
Correo electrónico (opcional)	.I.	<u> </u>	
descalificado, suspendido o prohibido mi desempeño profesional en inglés); que no estoy en calidad de empleado actual o anterior como representante del participante; y que reconozco que todo h Secretaría. Me desempeño como	rmente de los Estados U	nidos, descalificado para actuar	
(Situación profesional o relación con la p	parte, por ejemplo: aboga	ado, 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 Renstrucciones: El representante debe completar esta sección por representación. (Los proveedores o suplidores que representacion no pueden cobrar honorarios por representación y debe Renuncio a mi derecho de cobrar un honorario por representar a HHS.	a si se lo requieren o si nten a un beneficiario y l en completar esta secció	e hayan brindado artículos o n).	
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.

Superior HealthPlan STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Texas para proporcionar beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-896-1844 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on 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 1-866-896-1844 (TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., lunes a viernes. Después de horas hábiles, los fines de semana y los días festivos, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos la llamada el próximo día hábil. La llamada es gratuita.







Statement of Non-Discrimination

Superior HealthPlan (Superior) STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Superior STAR+PLUS MMP does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Superior STAR+PLUS MMP:

- 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, audio, 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 Superior STAR+PLUS MMP's Member Services at 1-866-896-1844 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Superior STAR+PLUS MMP 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; Superior STAR+PLUS MMP'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.

Declaración de no discriminación

Superior HealthPlan (Superior) STAR+PLUS Medicare-Medicaid Plan (MMP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Superior STAR+PLUS MMP no excluye a ninguna persona ni la trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Superior STAR+PLUS MMP:

- · Proporciona servicios y dispositivos gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como intérpretes calificados de lengua de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- · Brinda servicios lingüísticos gratis a aquellas personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con Servicios para afiliados de Superior STAR+PLUS MMP al 1-866-896-1844 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8 a. m. a 8 p. m., lunes a viernes. Después de horas hábiles, los fines de semana y los días festivos, es posible que se le pida que deje un mensaje. Le devolveremos su llamada el próximo día hábil. La llamada es gratuita.

Si usted considera que Superior STAR+PLUS MMP no le ha brindado estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo llamando al número que aparece arriba e informando que necesita ayuda para presentar el reclamo; el Departamento de Servicios para afiliados de Superior STAR+PLUS MMP está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. de manera electrónica a través del Office for Civil Rights Complaint Portal (Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles) disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o bien, por correo electrónico o a los teléfonos que figuran a continuación:

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)

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.





ENGLISH

Language assistance services, auxiliary aids and services, and other alternative formats are available to you free of charge. To obtain this, call 1-866-896-1844 (TTY: 711).

SPANISH:

Tiene a su disposición sin costo alguno servicios de ayuda con el idioma, servicios y dispositivos auxiliares, y otros formatos alternativos. Para obtenerlos, llame al 1-866-896-1844 (TTY: 711).

SPANISH:	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-896-1844 (TTY: 711).
VIETNAMESE:	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-866-896-1844 (TTY: 711).
CHINESE:	注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-896-1844 (TTY: 711)。
KOREAN:	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-896-1844 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.
ARABIC:	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1844-896-866-1 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).
URDU:	خبر دار: اگر آپ ار دو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں
TAGALOG:	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-896-1844 (TTY: 711).
FRENCH:	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-866-896-1844 (ATS : 711).
HINDI:	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-866-896-1844 (TTY : 711) पर कॉल करें।
PERSIAN/ FARSI:	توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY : 711) 484-896-1 تماس بگیرید.
GERMAN:	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche

Hilfsdienstleistungen zur Verfügung, Rufnummer: 1-866-896-1844 (TTY: 711).

GERMAN:





GUJARATI:	સુચનાઃ જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-866-896-1844 (TTY: 711).
RUSSIAN:	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-866-896-1844 (телетайп: 711).
JAPANESE:	注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-866-896-1844 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。
LAOTIAN:	ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-866-896-1844 (TTY: 711).