**PRESBYTERIAN**

**Presbyterian Health Plan, Inc.**
**Presbyterian Insurance Company, Inc.**

**Datos del titular de la póliza** *(Consulte su tarjeta de asegurado)*
Número del asegurado: _____ Número grupal: _____
Nombre: _____ Inicial del medio: _____
Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____

**Datos del paciente** *(Si no es el titular de la póliza)*
Nombre: _____ Inicial del medio: _____
Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____
Relación o parentesco con el titular de la póliza: ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Otro dependiente

Información adicional de la demanda de seguro
Marque todas las casillas que correspondan y no deje de llenar la sección específica de la demanda de seguro a continuación.

- ☐ Medicamento recetado corriente *(Llene la página 1 y la sección de los recibos de las demandas de seguro en la página 2.)*
- ☐ Medicamento recetado compuesto
- ☐ Compra fuera de la red de Medicare
- ☐ Vacuna de la Parte D de Medicare
- ☐ Medicaid

**Datos de la farmacia**
Nombre de la farmacia: _____
Ubicación: _____ Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____ NPI de la farmacia: _____

**Coordinación de beneficios**
¿Es este medicamento para una lesión laboral? ☐ Sí ☐No
¿Se cubre este medicamento conforme a algún otro plan grupal de seguro? ☐Sí ☐No
En caso afirmativo, apunte el nombre de la compañía de seguros y del otro empleador
Número del asegurado de los otros seguros _____
Nombre del empleador de los otros seguros _____
Número de teléfono de los otros seguros _____

**Certifico que la información en este formulario de demanda de seguro está correcta según mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de toda la información médica correspondiente a esta demanda de seguro a Capital Rx. Toda cesión de estos beneficios tiene que incluir una firma debida y está sujeta a la aprobación de Capital Rx.**

Firma _____ Fecha _____
Paciente o representante autorizado

***Favor de fijarse bien:*** *Si está preparando este formulario en nombre de un asegurado, favor de adjuntar un formulario rellenado de divulgación de información médica personal* [Personal Health Information Disclosure Form]. *Para los asegurados de la Parte D de Medicare, favor de incluir un formulario de CMS-1696 rellenado (formulario de nombramiento de representante)* [Appointment of Representative Form] *o un formulario rellenado de divulgación de información médica personal. Conforme a las regulaciones de CMS, un presunto representante puede entregar un formulario rellenado de CMS-1696 o un formulario que incluya la misma información que el formulario CMS-1696. Los formularios en blanco están disponibles si visita https://onbaseext.phs.org/PEL/DisplayDocument?ContentID=PEL_00943110*

Envíe el(los) formulario(s) rellenado(s) con los recibos de caja registradora y otros documentos comprobatorios a: Capital Rx, Inc. Attn: Claims Dept. 9450 SW Gemini Dr., #87234, Beaverton, OR 97008. Además, puede enviar los documentos por correo electrónico para procesarlos a dmr@cap-rx.com



Presbyterian existe con el fin de mejorar la salud de los pacientes, de los asegurados y de las comunidades que servimos

**www.phs.org**

**Solo para los medicamentos recetados compuestos**

| Número de la Rx: | | Fecha del surtido del medicamento recetado: | | Número de días del suministro: | |
|---|---|---|---|---|---|

| Número de 11-dígitos válido de ingredientes del NDC: | Cantidad | Costo de los ingredientes |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Cantidad total | | |
| Cobro total | | |

- Apunte el número de 11-dígitos válido del NDC de cada ingrediente que se utiliza para el medicamento recetado compuesto.
- Por cada número de NDC, indique la cantidad métrica en el número de tabletas, gramos, mililitros, cremas, pomadas, inyectables, etc.
- Por cada número de NDC, indique el costo de cada ingrediente.
- Incluya el cobro total que pagó el paciente (la cantidad en dólares).
- Se tienen que adjuntar los recibos al formulario rellenado de demanda de seguro.

**Solo para el botiquín de pruebas en casa de COVID-19**

Nombre del botiquín: _____ Número de pruebas en el botiquín: _____ Fecha de compra: _____

- Incluya una foto del paquete del botiquín de pruebas en casa de COVID-19 con el código de barras visible.
- Incluya los recibos de caja registradora con la fecha de compra. ¿Hay varias partidas presupuestarias en su recibo? Favor de marcar con un círculo o resaltar la partida presupuestaria del botiquín de pruebas en casa de COVID-19 para facilitar el procesamiento.

**Solo para Medicare: Compra fuera de la red**

Favor de marcar la razón que mejor corresponde a su situación. Le surtieron algún medicamento recetado debido a:

¿Una enfermedad mientras estaba viajando fuera de la zona de servicio? ☐ Sí ☐No

¿No haber una farmacia de la red a distancia razonable? ☐ Sí ☐No

¿No estar disponible el medicamento su farmacia de la red? ☐ Sí ☐No

¿Recibir la vacuna en el consultorio de su médico? ☐ Sí ☐No

¿Una emergencia federal / un desastre natural? ☐ Sí ☐No

**Solo para Medicare: Demanda de seguro por una vacuna de la Parte D**

Fecha del surtido: _____ Nombre de la vacuna: _____ Número del NPI: _____Número de la Rx: _____

Cantidad total que se pagó por la vacuna: _____ Cantidad total que se pagó por la tarifa administrativa: _____

Número del NDC de la vacuna: _____ Médico recetador: _____

Dirección del consultorio del médico recetador: _____

¿Es una vacuna de dos (2) partes? *(i.e., Shingrix)*: ☐ Sí ☐No En caso afirmativo, esta vacuna es: ☐ La primera parte de una serie ☐ La segunda parte de una serie

Marque con un círculo el lugar donde se administró: ☐Consultorio del médico ☐Farmacia de una clínica

**Recibos de la demanda de seguro:** Adjunte el(los) recibo(s) de caja registradora original(es) y los datos del medicamento recetado que se encuentra en su bolsa del medicamento recetado a este formulario rellenado de demanda de seguro. Favor de consultar la sección de los requisitos para los recibos que se encuentra en el botiquín de pruebas en casa de COVID-19.

*Los recibos de caja registradora y los datos del medicamento recetado tienen que incluir la información siguiente. Favor de apuntar la cantidad que pagó en la línea a continuación.*

- Fecha del surtido/compra del medicamento recetado
- Nombre y dirección de la farmacia
- Nombre y NPI del médico recetador
- Código nacional del medicamento [*National Drug Code, NDC*]
- Nombre del medicamento, potencia y forma de la dosis
- Número de la receta médica (número de la Rx)
- Súrtalo según se ha escrito [*Dispense as Written, DAW*]
- Cantidad pagada $_____



Presbyterian existe con el fin de mejorar la salud de los pacientes, de los asegurados y de las comunidades que servimos

**www.phs.org**

1. Siempre debe presentar su tarjeta de asegurado en las farmacias participantes.
2. Utilice este formulario si ha pagado el precio completo por un medicamento recetado en una farmacia.
3. Tiene que llenar una demanda de seguro por separado de cada farmacia y por cada paciente.
4. Tiene que entregar en un (1) año, a partir de la fecha de prestación del servicio, o según lo exija su plan. **Solo para Medicare**: Las demandas de seguro se tienen que entregar en los 36 meses siguientes, a partir de la fecha de prestación del servicio.
5. Para que se procese su solicitud, todos los recibos tienen que incluir la información que se indica en este formulario. Su farmacéutico puede aportar la información necesaria si su factura o demanda de seguro no están detalladas. Favor de tener en cuenta que el recibo de caja registradora no es suficiente. **Solo para Medicare**: Se recomienda, pero no se exige, que se llene el formulario de demanda de seguro por los medicamentos recetados. Puede aportar documentación escrita equivalente, pero tiene que proveer toda la información que se solicita en este formulario. Favor de tener en cuenta que si falta documentación o si está incompleta o es difícil leerla, puede demorar el procesamiento de su demanda de seguro.
6. Se pueden devolver los formularios incompletos o se puede demorar el proceso.
7. Favor de hacer copias de todos los documentos para futuras consultas.
8. El reembolso por las demandas de seguros presentadas está sujeto a su programa de beneficios de medicamentos recetados y no se garantiza. El reembolso se hará conforme a las restricciones que rigen su plan de beneficios de medicamentos recetados y será por la cantidad que hubiera pagado su programa en su nombre. La cantidad del reembolso pudiera ser considerablemente menos que la cantidad original que usted pagó. Favor de tener en cuenta que llenar este formulario no garantiza el reembolso.

***Advertencia de fraude de seguros**: Es ilegal aportar a sabiendas información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el objetivo de estafar o la tentativa de estafar a la compañía. Las sanciones pudieran incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños y perjuicios civiles. Toda compañía de seguros o agente de compañía de seguros que a sabiendas aporte datos o información falsa, incompleta o engañosa al solicitante o al titular de la póliza o con el objetivo de estafar o la tentativa de estafar al solicitante o al titular de la póliza con respecto a una liquidación o indemnización que se paga de los fondos del seguro se denunciará a la agencia estatal debida dentro del departamento de las agencias regulatorias.*

Basado en la revisión del modelo de atención médica, el Comité Nacional de Control de Calidad [*National Committee for Quality Assurance, NCQA*] ha aprobado a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) para operar un plan de necesidades especiales [*Special Needs Plan, SNP*] hasta el 2025.

Presbyterian cumple las leyes de derechos civiles y no discrimina por motivos de estatus protegido, incluso entre otros, raza, color, origen nacional, edad, discapacidad u orientación sexual o expresión de género. Si necesita ayuda lingüística, están a su disposición dichos servicios sin costo alguno. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si usted prefiere hablar en español, están a su disposición servicios gratuitos de ayuda lingüística. Llame al (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'dę́ę́', t'áá jiik'eh, éí ná hółǫ́, kojį' hódíílnih (505) 923-5420, 1-855-592-7737 (TTY: 711).

Para más información, visite **https://www.phs.org/nondiscrimination.**