

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE VACUNAS Y ADMINISTRACIÓN (INYECCIÓN)

Este formulario es para el reembolso de las vacunas cubiertas por la Parte D y su administración (inyección). Consulte nuestra Lista de medicamentos en **selecthealth.org/medicare** o su Evidencia de cobertura, para obtener información específica de la cobertura. Algunas vacunas están cubiertas por la Parte B (por ejemplo: la vacuna contra la gripe, la vacuna PNEUMOVAX, COVID-19). En este formulario, solo se deben presentar reclamaciones de vacunas cubiertas por la Parte D solamente.

1. Complete toda la información. Su farmacéutico o consultorio de su médico deberían poder proporcionar parte de la información necesaria si es que ya no fue provista como parte de su reclamación o factura.
2. Adjunte a este formulario los recibos de su vacuna y administración.
3. Por favor, lea atentamente el acuse de recibo y, a continuación, firme y feche este formulario.
4. Envíe el formulario completo y los recibos por correo electrónico, fax o correo postal:
 - > Correo electrónico: **SHAWDPharmacy@selecthealth.org** > Correo: **Atención: Pharmacy Services SelectHealth**
 - > Fax: **801-650-3170**

P.O. Box 30196
Salt Lake City, UT 84130-0196

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro _____ ID de miembro No. _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Número de teléfono (_____) _____ Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

INFORMACIÓN SOBRE RECLAMOS Y COBERTURA**Esta reclamación es para:**

- La vacuna
- La administración (inyección) de la vacuna
- Tanto la vacuna como la administración (inyección) de la vacuna

Puede presentar una reclamación para los medicamentos cubiertos por la Parte D que reciba a través de una farmacia fuera de la red, únicamente por los motivos que se incluyen a continuación. Marque la casilla que se aplica a su situación:

- Recibí una vacuna en el consultorio de mi médico. (Asegúrese de incluir el recibo del médico, y complete la sección de información sobre recetas de vacunas, que se encuentra en el reverso de este formulario).
- Viajé fuera del área de servicio de mi plan y me quedé sin mi medicamento (o lo perdí), o me enfermé y no pude acceder a una farmacia de la red.
- No pude obtener mi medicamento en forma oportuna dentro de mi área de servicio.
- Mi medicamento por lo general no se encuentra en existencias en una farmacia de la red accesible.
- Mi medicamento fue entregado a través de un departamento de emergencias, una clínica basada en proveedores, un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios u otro establecimiento para pacientes ambulatorios.
- Fui evacuado o desplazado de mi residencia debido a una declaración estatal, federal u otra declaración pública de desastre natural.

DÓNDE RECIBIÓ LA(S) VACUNA(S)

Complete esta sección si recibió la(s) vacuna(s) en una farmacia.

Nombre de la farmacia _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Número de teléfono (_____) _____

NCPDP o número de ID del proveedor nacional _____

Complete esta sección si recibió las vacunas en el consultorio de un proveedor.

Nombre del proveedor _____ N.º de ID del proveedor nacional _____

Nro. de tel.: (_____) _____

INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA DE LA VACUNA

Complete una sola línea para cada vacuna. Asegúrese de que los cargos por las vacunas y la administración estén separados en la tabla a continuación, para que podamos otorgarle el reembolso correctamente. (Recuerde adjuntar los recibos originales que contienen la información solicitada. Conserve copias para sus registros).

Receta médica _____							
	Marca	NDC válido de 11 dígitos	Cantidad	Días de suministro	Fecha en que se surtió	Cargo de la vacuna	Tasa de administración de la vacuna
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							

FIRMA

Certifico que los medicamentos descritos en este formulario fueron recibidos para su uso por parte del paciente mencionado más arriba, y que yo (o el paciente, si es otra persona) soy elegible para recibir los beneficios de medicamentos con receta. También certifico que el medicamento recibido no era para una lesión provocada en el trabajo ni está cubierto por otro plan de beneficios. Reconozco que el reembolso se me pagará a mí directamente, y que la asignación de estos beneficios a una farmacia u otra parte no es válida.

Fecha de la _____ firma _____ / _____ / _____
Miembro o representante

¿Tiene preguntas? Llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al **855-442-9900**, durante las siguientes fechas y horarios:

Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 3:00 p. m., cerrado los domingos.

Fuera de este horario, por favor deje un mensaje y se le devolverá su llamada dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

SelectHealth es patrocinador de los planes HMO, PPO, SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en SelectHealth Medicare depende de la renovación del contrato.

SelectHealth respeta las leyes federales de derechos civiles. No le tratamos de forma diferente por su raza, color, origen étnico o procedencia, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, y/o condición de veterano. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

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 SelectHealth Medicare: **855-442-9900** (TTY: 711)