



Solicitud de reembolso del miembro

Utilice este formulario cuando haya pagado el precio total de un medicamento recetado cubierto y quiera obtener un reembolso. De ser posible, adjunte al formulario una copia de todos los recibos y los prospectos del medicamento recetado. Los recibos pueden contener la siguiente información:

1. Número de receta
2. Fecha en la que se surte
3. No. de id. de proveedor nacional (NPI) de la farmacia
4. Nombre del medicamento con número de código nacional de medicamento (NDC)
5. Concentración del medicamento, cantidad, suministro para cuántos días y monto que pagó

Si tiene alguna pregunta o inquietud, llámeme al **1-855-580-1689** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Durante los fines de semana y feriados estatales o federales, es posible que deba dejar un mensaje. Se comunicarán con usted durante el siguiente día hábil. También puede llamar si necesita ayuda para completar este formulario.

Envíe los formularios completos y firmados por correo postal a:

Meridian Medicare-Medicaid Plan
Attn: Pharmacy Reimbursement Requests
1 Campus Martius, Suite 750
Detroit, MI 48226

Información del paciente		
Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:
N.º de id. del miembro:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección:		Ciudad:
Estado:	Código postal:	Teléfono:
Persona de contacto:		Relación con el paciente:

Motivo de la solicitud	
<input type="checkbox"/> No se cuenta con una tarjeta de identificación	<input type="checkbox"/> Problema con el copago
<input type="checkbox"/> Se usó una farmacia fuera de la red	<input type="checkbox"/> La farmacia no puede procesar el reclamo de manera electrónica
<input type="checkbox"/> Emergencia	<input type="checkbox"/> Otro
Explique el motivo de la solicitud:	

Información del medicamento			
Medicamento no. 1:			
Nombre del medicamento:	NDC:	Fecha en la que se surtió:	Número de receta:
Nombre del médico:	NPI:	Monto que pagó:	Cantidad/Suministro para cuántos días:
Medicamento no. 2:			
Nombre del medicamento:	NDC:	Fecha en la que se surtió:	Número de receta:
Nombre del médico:	NPI:	Monto que pagó:	Cantidad/Suministro para cuántos días:

Certifico que se recibieron los medicamentos recetados a las que se hace referencia arriba y que la información es precisa. Certifico que el paciente en nombre del que se presenta este reembolso es una persona cubierta y que los medicamentos recetados que se dieron están destinados para el uso exclusivo del miembro identificado. Entrego toda la información sobre los reclamos que se indican arriba al administrador del plan, al suscriptor, al titular de la póliza patrocinado o a cualquier persona o entidad que actúe en nombre del miembro por solicitud de este.

Firma del miembro*: _____ Fecha: _____

*Si el miembro no puede firmar, debe firmar arriba una persona que esté autorizada a hacerlo en virtud de la ley estatal del estado en el que vive la persona. Esta firma certifica que la persona está autorizada en virtud de la ley estatal a completar el formulario en nombre del miembro y que toda la documentación de la autoridad estará disponible a solicitud del plan, del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid o de la agencia de Medicaid del estado.



Meridian Medicare-Medicaid Plan (MMP) es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Illinois con el fin de proporcionarles beneficios de ambos programas a los afiliados.

ATENCIÓN: **Si habla español**, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-855-580-1689** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Los representantes están disponibles para ayudarle de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Los fines de semana y los días feriados estatales o federales, es posible que se le solicite que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratis.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame al **1-855-580-1689** (TTY: **711**). Nuestros representantes están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. para ayudarlo. Los fines de semana o feriados estatales o nacionales, es posible que deba dejar un mensaje. Se comunicarán con usted durante el siguiente día hábil. La llamada es sin cargo.