

Programa de Asistencia para Copagos de LLS: cómo presentar una reclamación

Siga los siguientes pasos como ayuda para presentar una reclamación por pagos realizados.

Paso 1. Compruebe la lista de gastos cubiertos y gastos no cubiertos.

Esta lista está incluida en su paquete de aprobación (que está en inglés). También puede acceder a la misma en español en www.LLS.org/copagos. Antes de presentar una reclamación, asegúrese de que el gasto esté cubierto por el programa de copagos. Si tiene alguna pregunta al respecto, llame al (877) 557-2672 (puede pedir hablar con un representante en español).

Paso 2. Asegúrese de que la reclamación sea por un monto mayor que \$20 y de que todos los gastos incluidos se paguen a la misma persona, proveedor médico o compañía.

Su reclamación debe ser por un monto mayor que \$20. Si usted tiene gastos separados por montos menores que \$20, puede combinarlos en una reclamación. Asegúrese de que todos los gastos de una reclamación se paguen al mismo beneficiario, ya sea usted, un proveedor médico, una farmacia o una compañía de seguros. Si tiene más de un beneficiario, envíe los gastos en reclamaciones separadas.

Paso 3. Rellene un formulario de comprobante de gastos (POE, por sus siglas en inglés).

Este formulario está incluido en su paquete de aprobación. **Rellénelo y envíelo con cada reclamación que presente.** Si se le ha perdido el formulario, puede acceder al portal por Internet para imprimir uno allí. Si no puede acceder al portal, llame al (877) 557-2672. Puede registrarse en el portal en: <https://cprportal.lls.org/#/login> (disponible solo en inglés).

Paso 4. Reúna los documentos de respaldo.

Vea las listas de comprobación a continuación para averiguar qué recibos y otros documentos serán necesarios para la reclamación.

Paso 5. Envíe el formulario de POE y los documentos de respaldo.

- **Por fax: (877) 267-2932**
- **En el portal por Internet: <https://cprportal.lls.org/#/login>** (disponible solo en inglés)
- **Por correo postal:**
The LLS Co-Pay Assistance Program
P.O. Box 12268
Newport News, VA 23612
- **Si el beneficiario del pago es su compañía de seguros médicos:** envíe su reclamación por fax al (914) 872-6232 por lo menos 15 días antes del vencimiento del pago. Este número de fax es solamente para los pagos a compañías de seguros.

Use estas listas de comprobación para saber qué documentos tiene que enviar con su reclamación.

☑ Lista de comprobación 1. Para obtener el reembolso (devolución) por algo que ya pagó

Usted puede recibir un reembolso de los pagos que ya ha realizado en concepto de tratamientos, medicamentos o pagos de seguro médico. Para recibir un reembolso, envíe los siguientes documentos:

- Un formulario de POE rellenado**
- Un comprobante de que usted ha realizado el pago.** El comprobante puede ser un recibo, cheque cobrado, extracto bancario o extracto de una tarjeta de crédito.
- Una copia de la factura** que incluya una descripción del tratamiento, medicamento o servicio concreto. La factura debe incluir los códigos de facturación y los detalles de los tratamientos que recibió.
- Una copia de la explicación de beneficios** (EOB, por sus siglas en inglés) emitida por su compañía de seguros médicos. Para averiguar cómo conseguir este documento, llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta del seguro médico.

Si pagó por un medicamento recetado y no usó su tarjeta de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Card) de LLS, envíe lo siguiente:

- Un formulario de POE rellenado**
- Una copia del extracto de cuenta/listado de sus antecedentes de medicamentos recetados.** Usted puede conseguir este documento en la farmacia. Debería incluir:
 - El nombre del medicamento
 - La fecha en la que pagó y recibió el medicamento
 - El monto que pagó por el medicamento
- Un comprobante de pago**, por ejemplo, un recibo, cheque cobrado, extracto bancario o extracto de una tarjeta de crédito

☑ Lista de comprobación 2. Para pagar a un proveedor o un centro médico, por ejemplo, un hospital o una clínica, por el tratamiento o los servicios recibidos

Envíe los siguientes documentos:

- Un formulario de POE rellenado**
- Una copia del recibo** que incluya una descripción del tratamiento o servicio concreto. El recibo debe incluir los códigos de facturación y los detalles de los tratamientos que recibió.
- Una copia de la explicación de beneficios** (EOB) emitida por su compañía de seguros médicos. Para averiguar cómo conseguir este documento, llame al número de teléfono que aparece en su tarjeta del seguro médico.

Si usted pagó a un proveedor o centro médico y necesita recibir un reembolso, consulte la **Lista de comprobación 1** para averiguar cómo obtenerlo.

☑ Lista de comprobación 3. Para pagar el costo de medicamentos recetados con su Tarjeta de Beneficios de Farmacia (Pharmacy Benefit Card) de LLS

Use su tarjeta de beneficios de farmacia para pagar el costo de medicamentos recetados **en su farmacia** sin incurrir en ningún gasto de su bolsillo. Usted puede:

- Usar la tarjeta provisional que está impresa al final de su carta de aprobación
- Usar la tarjeta que recibió por correo postal
- Imprimir una copia de la tarjeta en el portal por Internet en: <https://cprportal.lls.org/#/login> (disponible solo en inglés)

Si usted pagó por un medicamento recetado y **no** usó su tarjeta de beneficios de farmacia, consulte la **Lista de comprobación 1** para averiguar cómo obtener el reembolso correspondiente.

☑ Lista de comprobación 4. Para pagar a su compañía de seguros médicos

Envíe su reclamación por fax al (914) 872-6232 por lo menos 15 días antes del vencimiento del pago. Este número de fax es solamente para los pagos a compañías de seguros. Si usted pagó a su compañía de seguros y necesita recibir un reembolso, consulte la **Lista de comprobación 1** para averiguar cómo obtenerlo.

IMPORTANTE: LLS evalúa todas las reclamaciones de reembolso de copagos en el orden en que las recibe. **Para garantizar el pago oportuno de sus facturas del seguro médico, envíe estas reclamaciones a LLS por lo menos 15 días antes del vencimiento del pago.** Esto ayuda a prevenir la cancelación de su cobertura debido a pagos atrasados. LLS no es responsable de la continuación de la cobertura del paciente si esta se cancela debido a un pago atrasado.

Seguro médico: información importante

Encuentre el tipo de seguro médico con el que cuenta, de entre las opciones que se incluyen a continuación, para ver cuáles son los documentos que debe enviar junto con su reclamación de reembolso o de pago a su compañía de seguros.

Su seguro médico	Lo que debe enviar
<p>✓ Si usted tiene seguro médico a través de un empleador o de COBRA</p>	<p><input type="checkbox"/> Un formulario de POE relleno</p> <p><input type="checkbox"/> Una lista de tarifas que muestre el monto que paga por su seguro médico. Puede obtener este documento del departamento de recursos humanos de su empleador o del administrador de su póliza de COBRA. Si usted tiene un plan familiar, envíe las tarifas correspondientes tanto al plan individual como familiar. La lista de tarifas también puede denominarse aviso de elección (election letter, en inglés).</p> <p style="text-align: right;"><i>(continuación)</i></p>

Su seguro médico	Lo que debe enviar
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un recibo de nómina de su empleador que muestre el monto que paga por su seguro médico. <ul style="list-style-type: none"> ○ Si el recibo de nómina indica el monto durante el año hasta la fecha actual (la cantidad que usted pagó hasta ahora este año): envíe su recibo de nómina más reciente. ○ Si el recibo de nómina muestra solamente el monto que se pagó con ese cheque y usted no tiene otros recibos de nómina: pida al departamento de recursos humanos que le dé una carta impresa que incluya el monto que ha pagado por su seguro médico desde que se aprobó su solicitud de inscripción en el Programa de Asistencia para Copagos de LLS.
<p>✓ Si usted tiene seguro médico, pero <u>no</u> a través de un empleador</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un formulario de POE relleno <input type="checkbox"/> Una copia de la factura de la compañía de seguros que muestre el monto que debe por el seguro médico y la cantidad de personas que cubre su plan <input type="checkbox"/> Una copia de su tarjeta del seguro médico <input type="checkbox"/> Una carta de la compañía de seguros que incluya el monto que usted paga por la cobertura de servicios de salud y medicamentos recetados, así como la cantidad de personas que cubre su plan. No incluya documentos correspondientes a su plan de seguro dental ni de la vista.
<p>✓ Si usted tiene un plan suplementario de Medicare</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un formulario de POE relleno <input type="checkbox"/> Una copia actual de su factura de Medicare o cupón de pago que muestre el monto que usted debe <input type="checkbox"/> Una copia de su tarjeta de Medicare y/o del plan suplementario de Medicare
<p>✓ Si usted tiene que pagar deducibles de la Parte B y/o Parte D de Medicare (que se descuentan de su cheque del Seguro Social o Seguro Social por incapacidad)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un formulario de POE relleno <input type="checkbox"/> Una copia actual de su factura de Medicare o cupón de pago que muestre el monto que usted debe <input type="checkbox"/> Una copia de su tarjeta del seguro médico <input type="checkbox"/> Un extracto de cuenta de la compañía de seguros que incluya el monto que usted paga por cobertura de un plan individual de servicios de salud y medicamentos recetados No incluya documentos correspondientes a su plan de seguro dental ni de la vista.

LLS procesa las reclamaciones por orden de llegada, independientemente de cómo las reciba (por fax, por correo postal o mediante el portal).

¿Tiene alguna pregunta?
Llámenos al: (877) 557-2672