

Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados

Utilice este formulario para solicitarnos el reembolso de lo que pagó por un medicamento recetado cubierto por la Part D de Medicare. Revise su Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener más detalles sobre cómo completar este formulario.

☐ Si desea que otra persona complete este formulario en su nombre, marque esta casilla y envíe un **Formulario de Designación de Representante (AOR)** firmado. Este formulario de reclamación incluye el formulario CMS-1696. El formulario **AOR** se encuentra en el sitio web de su plan o en el sitio web de los [Centros de Servicios de Medicare y Medicaid \(CMS\)](#).

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre:	Apellido:	Número de ID del miembro:
Fecha nacimiento:	Dirección:	Ciudad
Número de Teléfono:	Estado:	Código postal:

INSTRUCCIONES

Complete este formulario para cada solicitud de reclamación e incluya la información de la etiqueta del medicamento recetado y un comprobante del recibo de pago. En la solicitud de reclamación se DEBE incluir la información que se indica a continuación. Esta información la puede encontrar en la etiqueta del medicamento recetado o se la puede solicitar a su farmacéutico.

1. Identificación del Proveedor Nacional (NPI) de la Farmacia
2. Fecha de surtido
3. Nombre del Médico
4. Identificación del Proveedor Nacional (NPI) del Médico
5. Número de Receta (RX)
6. Monto pagado
7. Cantidad dispensada
8. Suministro diario
9. Nombre del medicamento
10. Código Nacional del Medicamento

ABC Pharmacy #1234 NPI: 1234567890 123 Any Road Tampa, FL 12345-6789	(813)555-1234 Date of Fill: 1/1/2008 Physician Name: Smith NPI: 1234567890
John Doe	RX#: 1234567
Take one (1) capsule by mouth three (3) times daily.	Copay: \$10.00
Amoxicillin 500mg capsules (Teva) 12345-6789-01	Quantity Dispensed: 30 Day Supply: 10 Refills Remaining: 1 Original Date: 1/1/2008

10 9

MOTIVO DE LA SOLICITUD

- | | |
|--|--|
| ☐ Se recibió el medicamento durante la estadía hospitalaria | ☐ Error en el copago |
| ☐ No se dispone de una tarjeta de Identificación de Miembro | ☐ La farmacia no puede procesar la reclamación en línea |
| ☐ Se utilizó una farmacia fuera de la red | ☐ Vacuna |
| ☐ Emergencia: describa a continuación | ☐ Otros: describa a continuación |

Coordinación de Beneficios – Otros Seguros

- ☐ ¿Los medicamentos se toman debido a una lesión sufrida en el trabajo? ☐ Sí ☐ No
☐ ¿Los medicamentos están cubiertos por otro seguro? ☐ Sí ☐ No
☐ Si la respuesta es "Sí", la otra cobertura es: ☐ Principal ☐ Secundaria

Adjunte una copia de la Explicación de Beneficios (EOB) en caso de que la otra cobertura sea Principal.

Nombre de la otra compañía de seguros:	Número de póliza del otro seguro:
Nombre del asegurado del otro seguro:	Nombre del empleador del asegurado:

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO POR CORREO POSTAL A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

**Medicare Part D Pharmacy Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577**

Tenga en cuenta lo siguiente: Es posible que la solicitud se retrase o rechace si los formularios presentan información faltante, no son legibles o si todavía no se ha pagado la factura. No se garantiza el reembolso del monto que pagó.

Certifico que la información anterior está correcta.

X

Firma del Miembro o Representante Designado

Fecha

Información solicitada sobre medicamentos recetados

Puede utilizar el espacio que se proporciona a continuación para indicar todos los medicamentos recetados cubiertos, de los cuales quiere solicitarnos el reembolso de lo que pagó. Solo se considerarán los medicamentos que se indiquen en esta sección. Marque de forma clara la información en cada casilla.

Nombre del Medicamento:	Nombre del Médico:	NPI del Médico:	NPI de la Farmacia:	Número de RX:
Código Nacional del Medicamento:	Fecha de Surtido:	Cantidad:	Suministro por Día:	Monto Pagado:

Nombre del Medicamento:	Nombre del Médico:	NPI del Médico:	NPI de la Farmacia:	Número de RX:
Código Nacional del Medicamento:	Fecha de Surtido:	Cantidad:	Suministro por Día:	Monto Pagado:

Nombre del Medicamento:	Nombre del Médico:	NPI del Médico:	NPI de la Farmacia:	Número de RX:
Código Nacional del Medicamento:	Fecha de Surtido:	Cantidad:	Suministro por Día:	Monto Pagado:

Nombre del Medicamento:	Nombre del Médico:	NPI del Médico:	NPI de la Farmacia:	Número de RX:
Código Nacional del Medicamento:	Fecha de Surtido:	Cantidad:	Suministro por Día:	Monto Pagado:

Nombre del Medicamento:	Nombre del Médico:	NPI del Médico:	NPI de la Farmacia:	Número de RX:
Código Nacional del Medicamento:	Fecha de Surtido:	Cantidad:	Suministro por Día:	Monto Pagado:

Nombre del Medicamento:	Nombre del Médico:	NPI del Médico:	NPI de la Farmacia:	Número de RX:
Código Nacional del Medicamento:	Fecha de Surtido:	Cantidad:	Suministro por Día:	Monto Pagado: