

## Parte D de Medicare: Formulario de reclamo de recetas. ¡Importante!

Verifique si corresponde:

Esta receta se cubrió por medio del programa de asistencia para el paciente de un fabricante.



- Su reclamo se procesará dentro de los 14 días luego de la fecha de recepción. Espere un poco más de tiempo para que lleguen todos los envíos asociados.
- Guarde una copia de todos los documentos enviados para su registro.
- No abra ni pegue con cinta ningún recibo o archivo adjunto a este formulario.

**PASO 1** Información del paciente Esta sección se debe llenar por completo para asegurar un reembolso adecuado por su reclamo.

### Información del paciente

Número de identificación (consulte su tarjeta para recetas)

Nombre (Apellido)

Nro. de grupo/Nombre del grupo

(Nombre)

(Inicial del segundo nombre)

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de nacimiento

Masculino Femenino

Número de teléfono

### Otra información del seguro

ELIJA DE LAS OPCIONES A CONTINUACIÓN:	TIPO DE SOLICITUD:
¿El medicamento está cubierto por algún otro seguro? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, la otra cobertura es: <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA Si la otra cobertura es Primaria, incluya la Explicación de beneficios (EOB) con este formulario. Nombre de la compañía de seguros: _____ Nro. de identificación: _____	¿Esta es una solicitud para cambio de nivel de medicamento? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	¿Alguno de estos medicamentos se recibió de parte de un centro de compuestos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	¿Alguno de estos medicamentos se recibió de parte de un hospital? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
La Parte D de Medicare no coordina la Coordinación de beneficios (COB) con ofertas o tarjetas de descuento. Usé una tarjeta u oferta de descuento para comprar mis medicamentos y deseo que se me actualice mi TrOOP (gasto de desembolso real). <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Alguno de estos medicamentos se recibió de parte de un centro de atención a largo plazo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	¿Alguno de estos medicamentos se recibió mientras estaba de vacaciones? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

### ¡Importante! Se REQUIERE una firma

#### AVISO

Cualquier persona que con pleno conocimiento y con la intención de cometer fraude, dañar o engañar a una compañía de seguros, entregue un reclamo o solicitud que contenga cualquier información materialmente falsa, engañosa, incompleta o confusa relacionada con dicho reclamo puede estar cometiendo un acto fraudulento con el seguro, lo que se considera un crimen y puede hacer que dicha persona quede sujeta a sanciones criminales o civiles, incluso multas, denegación de beneficios y/o encarcelamiento.

Certifico que yo he (o mi dependiente ha) recibido el medicamento aquí descrito. Certifico que he leído y entendido este formulario y que toda la información ingresada en este formulario es correcta y verdadera.

X

Firma del participante del plan

Fecha

Tenga en cuenta que si completa este formulario en nombre de un miembro de la Parte D de Medicare, debe presentar un formulario CMS 1696 completado (formulario de Designación de representante). Según las regulaciones de los CMS, un representante designado puede presentar un formulario CMS 1696 o un formulario que incluya la misma información que un formulario 1696.

(Por encima)

## PASO 2 Requisitos de presentación:

DEBE incluir todos los recibos originales de la farmacia para que se pueda procesar su reclamo. Los recibos de la caja registradora solo se aceptarán para suministros para diabéticos. La información mínima que debe estar incluida en sus recibos de la farmacia se lista a continuación:

- Nombre del paciente
- Número de la receta
- Número NDC del medicamento de 11 dígitos
- Fecha de la receta
- Cantidad del medicamento
- Monto total pagado
- Días de suministro para su receta (debe solicitar esta información de "Días de suministro" al farmacéutico)

Nombre y dirección de la farmacia o número NABP de la farmacia: \_\_\_\_\_

Nombre del médico que hizo la receta: \_\_\_\_\_

Dirección del médico que hizo la receta: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del médico que hizo la receta: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

Cantidad de recetas que presenta para reembolso: \_\_\_\_\_

Receta 1	Número de la receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento	
	Código nacional del medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de la receta (MM/DD/AA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número de identificador de proveedor nacional de quien hizo la receta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad del medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Receta 2	Número de la receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento	
	Código nacional del medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de la receta (MM/DD/AA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número de identificador de proveedor nacional de quien hizo la receta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad del medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Receta 3	Número de la receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento	
	Código nacional del medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de la receta (MM/DD/AA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número de identificador de proveedor nacional de quien hizo la receta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad del medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Use la página de Información sobre recetas adicionales si lo necesita (más de 3 recetas).

## PASO 3 Envíe los formularios completados junto con los recibos a:

CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing  
P.O. Box 52066  
Phoenix, Arizona 85072-2066

### RECORDATORIO IMPORTANTE: Para evitar tener que presentar un formulario de reclamo en papel:

- Siempre tenga a mano su tarjeta para recetas al momento de la compra.
- Siempre use farmacias que forman parte de su red.
- Use medicamentos que la lista del formulario.
- Si tiene inconvenientes en la farmacia, llame al número que está detrás de su tarjeta.

Su privacidad nos importa. Nuestros empleados están capacitados acerca de la forma correcta de manejar su información privada de salud.

MedD Clearstone\_110818

## Información sobre recetas adicionales

<b>Receta 4</b>	Número de la receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento	
	Código nacional del medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de la receta (MM/DD/AA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número de identificador de proveedor nacional de quien hizo la receta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad del medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Receta 5</b>	Número de la receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento	
	Código nacional del medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de la receta (MM/DD/AA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número de identificador de proveedor nacional de quien hizo la receta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad del medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Receta 6</b>	Número de la receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento	
	Código nacional del medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de la receta (MM/DD/AA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número de identificador de proveedor nacional de quien hizo la receta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad del medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Receta 7</b>	Número de la receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento	
	Código nacional del medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de la receta (MM/DD/AA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número de identificador de proveedor nacional de quien hizo la receta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad del medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Receta 8</b>	Número de la receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento	
	Código nacional del medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de la receta (MM/DD/AA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número de identificador de proveedor nacional de quien hizo la receta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad del medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Receta 9</b>	Número de la receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento	
	Código nacional del medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de la receta (MM/DD/AA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número de identificador de proveedor nacional de quien hizo la receta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad del medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>