



## Formulario de reclamación de medicamentos recetados

No está obligado a utilizar este formulario para solicitar un reembolso. Este formulario abarca solicitudes de reembolso estándar, así como solicitudes de reclamaciones de compuestos. Si su medicamento no es un compuesto, es posible que no se apliquen algunos de los campos solicitados. Complete toda la información que tenga disponible. Si hay algún campo en blanco, intentaremos obtener la información directamente de su farmacia.

Indique el motivo de su solicitud de reembolso.

- No tenía mi tarjeta de identificación de miembro al momento de hacer la compra.
- Me cobraron los medicamentos recibidos durante una visita de atención de urgencia o emergencia.
- Me administraron una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare en el consultorio de mi médico.
- La cobertura primaria es con otra compañía de seguros. (Coordinación de beneficios)
- Otro: \_\_\_\_\_

### **Parte 1: información del miembro**

1. Complete TODA la información. Su número de identificación se encuentra en el frente de su tarjeta de identificación de miembro.
2. Presente las reclamaciones dentro del período de presentación que se especifica en su Evidencia de cobertura. Si tiene preguntas sobre el período de presentación, revise su Evidencia de cobertura o llame a Servicios al Miembro de CCA al 1-866-610-2273 (TTY: 711). Horario de atención: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
3. El miembro, médico o proveedor que receta al miembro, o su representante pueden realizar las solicitudes de reembolso. Si una persona que no sea el miembro solicita este reembolso, incluya un formulario de designación de representante completo o un aviso equivalente con su solicitud.
4. Presente un formulario por separado para cada paciente para el que envíe recibos.

Primer nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Número de teléfono ( )	Fecha de nacimiento	Género (Encierre en un círculo una opción) Masculino Femenino
Número de identificación	Empleador del suscriptor (PCN)	
Dirección postal		
(continúa en la página 2)		

Ciudad	Estado	Código postal
Firma del miembro		Fecha de la firma

**Parte 2: información de la farmacia**

1. Complete TODA la información.
2. Envíe un formulario por separado para cada farmacia en la que compró medicamentos.

Nombre		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Número de proveedor nacional de farmacia/o proveedor de servicios (NC si no está disponible)		Número de teléfono ( )

**Parte 3: información del recibo**

1. Incluya el comprobante de pago con los recibos originales o las impresiones de la farmacia. No se aceptarán recibos de caja registradora sin detalles de la farmacia. Pegue con cinta adhesiva todos los recibos en la parte inferior de esta página. NO utilice una engrapadora.
  - a. Los medicamentos compuestos deben tener al menos 2 ingredientes, y al menos 1 ingrediente debe ser un medicamento con advertencia federal (receta).
  - b. Todos los principios activos deben estar cubiertos como parte de su farmacopea y se debe presentar toda la información de la receta.
2. Proporcione la explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o la carta de denegación de la compañía de seguros primaria si tiene cobertura primaria con otra compañía de seguros.
3. Los recibos no se devolverán. Recuerde conservar una copia del formulario de reclamación completo y los recibos para sus registros.

**Parte 4: información del medicamento:** *esta información debe aparecer en el recibo original de la farmacia, en la impresión de la farmacia o en la factura médica. Si al recibo o a la factura le falta alguna de esta información, pídale a su farmacéutico o proveedor médico que lo ayude a completar los detalles faltantes. Si no puede obtener la información, intentaremos comunicarnos con su farmacia.*

Fecha en que se surtió la receta	Descripción y código de diagnóstico	Nombre del medicamento
Número de la receta	Presentación final del compuesto (crema, parches, supositorio, suspensión, etc.)	
(continúa en la página 3)		

Código nacional del medicamento (National Drug Code, NDC)	Cantidad	
Suministro para cuántos días	Volumen total (gramos, ml, cada uno, etc.)	
Nombre/apellido del médico que receta	Identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI) del médico que receta	
Costo original de la receta	Monto que el seguro primario pagó del medicamento recetado	Monto que el miembro pagó

Para el reembolso de la preparación del medicamento compuesto, consulte la siguiente tabla. Indique el tiempo que se invirtió en preparar el medicamento compuesto en la información del recibo.

Tiempo	Reembolso
1 a 4 minutos	15 USD
5 a 14 minutos	25 USD
15 a 29 minutos	35 USD
30 a 59 minutos	50 USD
Más de 60 minutos	75 USD

### Ingredientes del compuesto

	Nombre del ingrediente	NDC del ingrediente	Cantidad decimal métrica	AWP/WAC (costo del ingrediente)
1				
2				
3				
4				

<b>Reembolso</b> (Encierre en un círculo una opción)	
Farmacia	Miembro

Costo total de ingredientes	
Tiempo de preparación	
Copago del miembro	

**Envíe este formulario por correo junto con los recibos a:**

Commonwealth Care Alliance One Care Manual Claims  
PO BOX 1039  
Appleton, WI 54912-1039

**O bien, envíe este formulario por fax junto con los recibos a:**

Número gratuito 1-855-668-8550