CVS caremark®

# Parte D de Medicare: Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados

Envíe los formularios completos con los recibos a:
**CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing**
**P.O. Box 52066**
**Phoenix, Arizona 85072-2066**

**¡Importante!**

- Su reclamación completa será procesada dentro de los 14 días siguientes a la recepción de su solicitud. Permita suficiente tiempo para el envío por correo.
- Guarde una copia de todos los documentos enviados para sus expedientes.
- No engrape los recibos o anexos a este formulario.

## PASO 1 Información del paciente

Esta sección debe completarse por completo para asegurar el reembolso apropiado de su reclamación.

### Información del paciente

**Número de identificación (consulte su tarjeta de medicamentos)**

**No. de grupo/Nombre del grupo**

**Nombre** *(Apellido)* *(Nombre)* *(Inicial 2do nombre)*

**Dirección**

**Dirección 2**

**Ciudad** **Estado** **Código Postal**

**Fecha de nacimiento** **Hombre** **Mujer** **Teléfono**

### Díganos sobre sus medicamentos recetados

| **ALGUNO DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS:** | | |
|---|---|---|
| **Cubierto por un programa de asistencia al paciente del fabricante** | **SÍ** ☐ | **NO** ☐ |
| **Cubierto bajo otro plan (por ej., a través de un empleador)** | **SÍ** ☐ | **NO** ☐ |
| **De ser así, ¿es el otro plan el Primario?** | **SÍ** ☐ | **NO** ☐ |

**Si es el Primario, incluya la explicación de beneficios (EOB) con su entrega e indique:**

**Nombre de la compañía de seguros:** _____

**Número de identificación:** _____

| **ALGUNO DE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS:** | | |
|---|---|---|
| **Estaba aprobado porun cambio de nivel de costos** | **SÍ** ☐ | **NO** ☐ |
| **Es un medicamento compuesto** | **SÍ** ☐ | **NO** ☐ |
| **Es de una estadía por observación en un hospital ambulatorio** | **SÍ** ☐ | **NO** ☐ |
| **De una farmacia para cuidados a largo plazo** | **SÍ** ☐ | **NO** ☐ |
| **Fue surtido como resultado de:** | | |
| • **Una enfermedad después de viajar fuera del área de servicio** | **SÍ** ☐ | **NO** ☐ |
| • **Falta de farmacia de lared a una distancia razonable en auto** | **SÍ** ☐ | **NO** ☐ |
| • **El medicamento no estaba en la farmacia de la red** | **SÍ** ☐ | **NO** ☐ |
| • **Una vacuna recibida en el consultorio de mi médico** | **SÍ** ☐ | **NO** ☐ |
| • **Emergencia federal/desastre natural** | **SÍ** ☐ | **NO** ☐ |
| **Otras razones pueden ser provistas en el Paso 3, página 2.** | | |

Para **Medicamentos recetados compuestos**, haga clic aquí o use el formulario anexo, para **vacunas:** haga clic aquí o use el formulario adjunto.

### ¡Importante! Se REQUIERE de firma

Cualquier persona que, a sabiendas de lo que hace y con la intención de defraudar, lesionar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una reclamación o solicitud que contenga información materialmente falsa, engañosa, incompleta o errónea en relación con dicha reclamación, podría estar cometiendo un acto de fraude de seguros, el cual es un delito, y dicha persona puede estar expuesta a penalidades criminales o civiles, incluyendo multas, rechazo de beneficios y/o encarcelamiento.

Certifico que yo (o mi dependiente elegible) hemos recibido el medicamento aquí descrito. Certifico que he leído y entiendo este formulario y que la información ingresada en este formulario es veraz y correcta.

**X** _____ _____

**Firma del participante del plan** **Fecha**

Nota: Si completa este formulario en nombre de un miembro de la Parte D de Medicare, envíe un formulario completo CMS 1696 (formulario de Designación de Representante). De conformidad con los reglamentos de CMS, el presunto representante puede enviar un formulario completo CMS 1696 o un formulario que incluya la misma información que el formulario 1696.

(Continúa)

## PASO 2 Requisitos de envío:

**Usted DEBE incluir todos los recibos originales de la "farmacia" para que su reclamación sea procesada. Los "recibos de caja" sólo se aceptarán para suministros para la diabetes. La información mínima que debe estar incluida en sus recibos está a contiinuación:**

• Nombre del paciente • Número de receta • Número NDC de 11 dígitos del medicamento • Fecha de despacho • Cantidad de medicamento • Total pagado
• Suministro de días para su medicamento (pídale al farmacéutico la información del "suministro de días")

**Nombre de la farmacia y dirección, o número NABP de la farmacia:** _____

**Nombre del médico que emitió la receta:** _____

**Dirección del médico que emitió la receta:** _____

**Teléfono del médico que emitió la receta:** _____

## Número de recetas de compuestoos que presenta para el reembolso: _____

| | | | |
|---|---|---|---|
| Medicamento 1 | Número de receta (Rx) | Nombre del medicamento | |
| | Código Nacional de Medicamento (Número NDC) | Fecha de despacho (MM/DD/YY) | Total pagado (monto en $) |
| | Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante | Cantidad de medicamento | Días de suministro |
| Medicamento 2 | Número de receta (Rx) | Nombre del medicamento | |
| | Código Nacional de Medicamento (Número NDC) | Fecha de despacho (MM/DD/YY) | Total pagado (monto en $) |
| | Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante | Cantidad de medicamento | Días de suministro |
| Medicamento 3 | Número de receta (Rx) | Nombre del medicamento | |
| | Código Nacional de Medicamento (Número NDC) | Fecha de despacho (MM/DD/YY) | Total pagado (monto en $) |
| | Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante | Cantidad de medicamento | Días de suministro |

Use la página de información adicional sobre las recetas de ser necesario (más de 3 recetas).

## PASO 3 Proporcione comentarios o información adicional aquí:

Recuerde que el completar este formulario no es una garantía de que recibirá un reembolso.

**RECORDATORIO IMPORTANTE: Para evitar tener que presentar un formulario de reclamación en papel:**

- Tenga su tarjeta de medicamentos recetados disponible al momento de la compra.
- Use medicamentos de su lista del formulario.
- Siempre use farmacias dentro de su red.
- Si hay problemas en la farmacia, llame al número al dorso de su tarjeta.

Su privacidad es importante para nosotros. Nuestros empleados están capacitados sobre la forma apropiada de manipular su información privada de salud.



REINICIAR