



Envie os formulários preenchidos com os recibos para:

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

Medicare Parte D: Formulário de pedido de reembolso de receita médica

Importante! O seu pedido de reembolso completo será processado no prazo de 14 dias após a receção do mesmo. Considere um prazo adicional para o envio do correio.



- Guarde uma cópia de todos os documentos enviados para os seus registos.
- Não agrafe nem cole recibos ou anexos neste formulário.

PASSO 1 Informações do paciente

Esta secção deve ser preenchida na íntegra para garantir o reembolso adequado do seu pedido de reembolso

Informações do paciente

Número de identificação (consulte o seu cartão de identificação)

Apelido

Endereço

Endereço 2 (se aplicável)

Cidade

Estado

Código postal

Data de nascimento

Masculino

☐

Feminino

☐

Número de telefone

Fale-nos sobre as suas receitas médicas

HAVIA ALGUMA RECEITA MÉDICA:

Coberta por um programa de assistência ao paciente do fabricante?

☐ SIM☐ NÃO

Coberta por outro plano (por exemplo, através de um empregador)?

☐ SIM☐ NÃO

Se sim, esse outro plano é o principal?

☐ SIM☐ NÃO

Se for o principal, inclua a explicação dos benefícios (explanation of benefits, EOB) com o seu envio e informe-nos:

Nome da companhia de seguros:

Número de identificação:

HAVIA ALGUMA RECEITA MÉDICA:

Aprovada para uma alteração no custo do escalão do medicamento? ☐ SIM ☐ NÃO

Uma receita médica composta? ☐ SIM ☐ NÃO

De uma internação hospitalar para observação ambulatorial? ☐ SIM ☐ NÃO

De uma farmácia de cuidados prolongados? ☐ SIM ☐ NÃO

Dispensada como resultado de:

• Doença após viajar para fora da área de serviço? ☐ SIM ☐ NÃO

• Nenhuma farmácia da rede a uma distância razoável de carro? ☐ SIM ☐ NÃO

• Medicamento não disponível na minha farmácia da rede? ☐ SIM ☐ NÃO

• Vacina recebida no consultório do meu médico? ☐ SIM ☐ NÃO

• Emergência federal/desastre natural? ☐ SIM ☐ NÃO

Outras razões podem ser fornecidas no Passo 3, página 2.

Para **Receitas médicas compostas**, clique [aqui](#) para abrir o formulário num novo separador ou utilize o formulário em anexo.

Para **Vacinas**, clique [aqui](#) para abrir o formulário num novo separador ou utilize o formulário em anexo.

Importante! É NECESSÁRIA uma assinatura

Qualquer pessoa que, conscientemente e com a intenção de defraudar, prejudicar ou enganar uma companhia de seguros, apresente um pedido de reembolso ou uma reclamação que contenha informações falsas, enganosas, incompletas ou fraudulentas sobre esse pedido de reembolso, pode estar a cometer fraude de seguros, o que constitui um crime e pode resultar em sanções penais ou civis, incluindo multas, recusa de prestações e/ou penas de prisão.

Certifico que eu (ou meu dependente elegível) recebi o medicamento aqui descrito. Certifico que li e compreendi este formulário e que todas as informações nele inseridas são verdadeiras e corretas.

X

Assinatura do participante do plano

Data

Note: Se estiver a preencher este formulário em nome de um membro do Medicare Parte D, envie um formulário CMS 1696 preenchido (formulário de Nomeação de Representante). De acordo com os regulamentos da CMS, um suposto representante pode enviar um formulário CMS 1696 preenchido ou um formulário que inclua as mesmas informações que o formulário 1696. (Acima)

PASSO 2 Requisitos para envio:

É OBRIGATÓRIO incluir todos os recibos originais da “farmácia” para que o seu pedido de reembolso seja processado. Os recibos de “caixa registradora” SÓ serão aceites para fornecimentos para diabéticos. As informações mínimas que devem constar nos seus recibos de farmácia estão listadas abaixo:

- Nome do paciente
- Número da receita médica
- Número NDC de 11 dígitos do medicamento
- Data de disponibilização
- Quantidade do medicamento
- Total pago
- Fornecimento diário da sua receita médica (deve solicitar esta informação ao seu farmacêutico)

Nome e endereço da farmácia ou número NABP da farmácia: _____

Nome do médico que prescreveu a receita: _____

Endereço do médico prescritor: _____

Número de telefone do médico prescritor: _____

Número de receitas médicas que está a enviar para reembolso: _____

Receita médica 1	Número da receita médica (Rx)	Nome do medicamento	
	Número do Código Nacional de Medicamentos (National Drug Code, NDC)	Data de dispensação (MM/DD/AA)	Total pago (valor em dólares)
	Número NPI do prescritor	Quantidade do medicamento	Dias de fornecimento
Receita médica 2	Número da receita médica (Rx)	Nome do medicamento	
	Número do Código Nacional de Medicamentos (National Drug Code, NDC)	Data de dispensação (MM/DD/AA)	Total pago (valor em dólares)
	Número NPI do prescritor	Quantidade do medicamento	Dias de fornecimento
Receita médica 3	Número da receita médica (Rx)	Nome do medicamento	
	Número do Código Nacional de Medicamentos (National Drug Code, NDC)	Data de dispensação (MM/DD/AA)	Total pago (valor em dólares)
	Número NPI do prescritor	Quantidade do medicamento	Dias de fornecimento

Utilize a página Informações adicionais sobre receitas médicas, se necessário (mais de 3 receitas médicas).

PASSO 3 Forneça quaisquer comentários ou informações adicionais aqui:

Lembre-se de que o preenchimento deste formulário não garante que será reembolsado.

LEMBRETE IMPORTANTE—Para evitar ter de enviar um formulário de reembolso em papel:

- Tenha sempre o seu cartão de receita médica disponível no momento da compra.
- Utilize sempre farmácias dentro da sua rede.
- Utilize medicamentos da sua lista de medicamentos.
- Se tiver problemas na farmácia, ligue para o número que está no verso do seu cartão.

A sua privacidade é importante para nós. Os nossos funcionários têm formação sobre a forma adequada de tratar as suas informações de saúde privadas.

ID do documento: 5246-1108394A1 062620

Preencher formulário