



Envíe por correo los formularios completados con los recibos a la siguiente dirección:

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

Parte D de Medicare: Formulario de reclamación de medicamentos recetados

¡Importante!



- Su reclamación completa se procesará en el plazo de 14 días posteriores a la recepción de su solicitud. Tenga en cuenta que el envío puede tardar más.
- Guarde una copia de todos los documentos presentados para sus registros.
- No grape ni pegue con cinta adhesiva recibos o archivos adjuntos a este formulario.
- Para una revisión más rápida, puede solicitar un reembolso a través de su cuenta de Caremark.com.
- No utilice resaltador.
- Deben rellenarse todas las secciones.

PASO 1 Información del paciente

Información del paciente

Número de identificación de la Parte D de Medicare (consulte su tarjeta de identificación)

Apellido

Dirección

Ciudad

Estado

Fecha de nacimiento

Número de teléfono

Nombre

Inicial del
2.do nombre

Dirección 2 (si corresponde)

Código postal

Infórmenos sobre sus recetas

Para **medicamentos compuestos con receta**: haga clic aquí para abrir el formulario en una nueva pestaña.

Para **vacunas**: haga clic aquí para abrir el formulario en una nueva pestaña.

Para **representantes alegados**: haga clic aquí para abrir el formulario en una nueva pestaña.

HUBO ALGÚN MEDICAMENTO CON RECETA:

Que se pagó con una tarjeta de descuento ☐ SÍ ☐ NO

Cubierto por otro plan
(p. ej., a través de un empleador) ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es sí, incluya la Explicación de Beneficios (EOB)
con su presentación e informe lo siguiente:

Nombre de la compañía de seguros:

Número de identificación: _____

HUBO ALGÚN MEDICAMENTO CON RECETA:

Aprobado para un cambio en el costo del nivel de medicamento ☐ SÍ ☐ NO

Compuesto con receta
(Incluya el formulario de reclamación del medicamento compuesto) ☐ SÍ ☐ NO

De una hospitalización para observación en un hospital
para pacientes externos ☐ SÍ ☐ NO

De una farmacia de atención a largo plazo ☐ SÍ ☐ NO

Obtenido como resultado de lo siguiente:

• Viajar fuera del área de servicio ☐ SÍ ☐ NO

• No hay una farmacia de la red a una distancia razonable
en automóvil ☐ SÍ ☐ NO

• El medicamento no está disponible en mi farmacia de la red ☐ SÍ ☐ NO

• Recibí la vacuna en el consultorio del médico ☐ SÍ ☐ NO

• Emergencia federal/desastre natural ☐ SÍ ☐ NO

En el Paso 3 en la página 2, puede brindar otros motivos.

¡Importante! Es OBLIGATORIO firmar

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, perjudicar o engañar a una compañía de seguros, presente una reclamación o solicitud que contenga información significativamente falsa, engañosa, incompleta o errónea relacionada con dicha reclamación puede estar cometiendo un acto fraudulento de seguros, que es un delito y puede someter a dicha persona a sanciones penales o civiles, entre ellas, multas, denegación de beneficios o prisión.

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

X

Firma del participante del plan

Fecha

Tenga en cuenta lo siguiente: Si completa este formulario en nombre de un miembro de la Parte D de Medicare, envíe un formulario CMS 1696 (formulario de Nombramiento de un representante) completo. De acuerdo con las regulaciones de los CMS, un representante alegado puede presentar un formulario CMS 1696 completo o un formulario que incluya la misma información que un formulario 1696.

(Continúa)

PASO 2**Requisitos de presentación:**

Usted DEBE incluir todos los recibos originales de la “farmacia” para que su reclamación sea procesada. Los recibos de “caja registradora” SOLO se aceptarán para suministros para diabéticos. A continuación, se indica la información mínima que debe incluirse en sus recibos de farmacia:

- Nombre del paciente • Número de receta • Número de NDC de 11 dígitos del medicamento • Fecha de surtido • Cantidad del medicamento • Total pagado
- Suministro diario para su medicamento con receta (debe pedirle a su farmacéutico esta información sobre el “Suministro diario”)

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

Nombre del médico que receta: _____

Dirección del médico que receta: _____

Número de teléfono del médico que receta: _____

Cantidad de medicamentos con receta que envía para su reembolso:

Medicamento con receta 1	Número de receta	Nombre del medicamento	
	Número del Código Nacional de Medicamentos (NDC)	Fecha de obtención (MM/DD/AA)	Total Pagado (cantidad de \$)
	Número de identificación nacional de proveedor (NPI) del profesional que receta	Cantidad de medicamento	Suministro diario
Medicamento con receta 2	Número de receta	Nombre del medicamento	
	Número del Código Nacional de Medicamentos (NDC):	Fecha de obtención (MM/DD/AA)	Total Pagado (cantidad de \$)
	Número de NPI del profesional que receta	Cantidad de medicamento	Suministro diario
Medicamento con receta 3	Número de receta	Nombre del medicamento	
	Número del Código Nacional de Medicamentos (NDC):	Fecha de obtención (MM/DD/AA)	Total Pagado (cantidad de \$)
	Número de NPI del profesional que receta	Cantidad de medicamento	Suministro diario

Utilice una página de información adicional para recetas si es necesario (más de 3 recetas).

PASO 3**Brinde cualquier comentario o información adicional aquí:**

Recuerde que completar este formulario no es garantía de reembolso.

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

- Tenga siempre a mano su tarjeta de medicamentos con receta en el momento de la compra.
- Use los medicamentos de la lista de su formulario.
- Utilice siempre farmacias dentro de su red.
- Si tiene problemas en la farmacia, llame al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación.