

# Parte D de Medicare: Formulario de reclamación para el reembolso de medicamentos recetados

Marque aquí si corresponde:

- Este medicamento recetado fue cubierto por un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.

## ¡Importante!

- Su reclamación se procesará dentro de los 14 días después de haberse recibido.
- Deje pasar más tiempo para todos los envíos por correo relacionados.
- Guarde una copia de todos los documentos enviados para sus registros.
- No engrape ni pegue con cinta adhesiva recibos o adjuntos a este formulario.

### Paso 1

## Información del paciente

Esta sección debe completarse en su totalidad para garantizar el reembolso correcto de su reclamación.

### Información del paciente

N.º de identificación (vea su tarjeta de medicamentos recetados)		Número de grupo/Nombre del grupo	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección			
<input type="text"/>			
Dirección 2			
<input type="text"/>			
Ciudad	Estado	Código postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fecha de nacimiento	Código de área + número de teléfono		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> No binario	

### Información de la farmacia

Nombre de la farmacia			
<input type="text"/>			
Dirección			
<input type="text"/>			
Ciudad	Estado	Código postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Número de teléfono	¿Es una farmacia que está dentro de un hogar de ancianos?	N.º de NCPDP/NPI obligatorio	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	
Tipo de servicio de la farmacia			
<input type="text"/>			

**x**  
Firma del farmacéutico o representante (OBLIGATORIA)

## Información de otro seguro

### Elija a continuación:

¿El medicamento está cubierto por algún otro seguro?  Sí  No

Si contesta "Sí", es otra cobertura:  Primaria  Secundaria

**Si la otra cobertura es primaria, incluya la explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) con este formulario.**

Nombre de la compañía aseguradora \_\_\_\_\_

Número de identificación \_\_\_\_\_

### Tipo de pedido

¿Es un pedido de un cambio de nivel de medicamentos?  Sí  No

¿Obtuvo alguno de estos medicamentos en un centro de preparación?  Sí  No

¿Obtuvo alguno de estos medicamentos en un hospital?  Sí  No

¿Obtuvo alguno de estos medicamentos en un centro de atención a largo plazo?  Sí  No

¿Obtuvo alguno de estos medicamentos mientras estaba de vacaciones?  Sí  No

## ¡Importante! La firma es OBLIGATORIA

Toda persona que, con conocimiento y con la intención de estafar, perjudicar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una reclamación o una solicitud que contenga información materialmente falsa, engañosa, incompleta o errónea en relación con esa reclamación, puede estar cometiendo un acto de fraude de seguros, que es un delito, y esa persona puede estar sujeta a sanciones penales o civiles, que incluyen multas, rechazo de beneficios y/o encarcelamiento.

Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario: Toda persona que, con conocimiento, presente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para hacer una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a la reclusión en una prisión estatal.

Certifico que yo (o mi dependiente elegible) he/ha recibido el medicamento que se detalla en este documento.

Certifico que he leído y entendido este formulario, y que toda la información incluida en él es verdadera y correcta.

X \_\_\_\_\_  
Firma del participante del plan (**Obligatoria**)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nota: Si completa este formulario en nombre de un miembro de la Parte D de Medicare, envíe un formulario CMS 1696 (formulario de Elección de un Representante) completo. Según las reglamentaciones de los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS, Centros de Servicios de Medicare y Medicaid), el supuesto representante puede enviar un formulario CMS 1696 completo o un formulario que incluya la misma información que un formulario 1696.

## Paso 2 Requisitos de envío:

DEBE incluir todos los recibos originales relacionados con la farmacia para que se procese su reclamación. La información mínima que debe estar incluida en sus recibos de la farmacia es la siguiente:

- Nombre del paciente
- Número de receta
- Número de 11 dígitos del Código Nacional de Medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) del medicamento
- Fecha de entrega
- Cantidad del medicamento
- Cantidad total pagada
- Días de suministro para su medicamento recetado (debe pedirle esta información a su farmacéutico)

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

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

N.º de teléfono del médico que hizo la receta \_\_\_\_\_

N.º de identificador de proveedor nacional (NPI) del médico que hizo la receta \_\_\_\_\_

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

Unidad de entrega para medicamentos compuestos \_\_\_\_\_

**Cantidad de medicamentos recetados que presenta para su reembolso** \_\_\_\_\_

## Paso 3 Envíe los formularios completos con los recibos a:

Claims Processing\*  
1606 Avenue Ponce de Leon  
San Juan, PR 00909-4830

\*Su reclamación será procesada por Abarca Health, que tiene un contrato con Blue Shield of California para procesar reclamaciones de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

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

- Tenga siempre disponible su tarjeta de identificación de miembro al momento de la compra.
- Use medicamentos incluidos en la lista del formulario de su plan.
- Use siempre farmacias dentro de la red de su plan.
- Si tiene algún problema en la farmacia, llame al número de Servicio al Cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro.

# Información de las reclamaciones de los medicamentos recetados

Medicamento recetado 1	Nombre del medicamento		
	Número de receta	Fecha en que se hizo (MM/DD/AAAA)	Fecha en que se entregó (MM/DD/AAAA)
	Código nacional del medicamento (número NDC)	Cantidad de suministros autorizados	Número de suministro
	Cantidad total pagada (\$)	Cantidad del medicamento	Días de suministro
Medicamento recetado 2	Nombre del medicamento		
	Número de receta	Fecha en que se hizo (MM/DD/AAAA)	Fecha en que se entregó (MM/DD/AAAA)
	Código nacional del medicamento (número NDC)	Cantidad de suministros autorizados	Número de suministro
	Cantidad total pagada (\$)	Cantidad del medicamento	Días de suministro
Medicamento recetado 3	Nombre del medicamento		
	Número de receta	Fecha en que se hizo (MM/DD/AAAA)	Fecha en que se entregó (MM/DD/AAAA)
	Código nacional del medicamento (número NDC)	Cantidad de suministros autorizados	Número de suministro
	Cantidad total pagada (\$)	Cantidad del medicamento	Días de suministro
Medicamento recetado 4	Nombre del medicamento		
	Número de receta	Fecha en que se hizo (MM/DD/AAAA)	Fecha en que se entregó (MM/DD/AAAA)
	Código nacional del medicamento (número NDC)	Cantidad de suministros autorizados	Número de suministro
	Cantidad total pagada (\$)	Cantidad del medicamento	Días de suministro
Medicamento recetado 5	Nombre del medicamento		
	Número de receta	Fecha en que se hizo (MM/DD/AAAA)	Fecha en que se entregó (MM/DD/AAAA)
	Código nacional del medicamento (número NDC)	Cantidad de suministros autorizados	Número de suministro
	Cantidad total pagada (\$)	Cantidad del medicamento	Días de suministro
Medicamento recetado 6	Nombre del medicamento		
	Número de receta	Fecha en que se hizo (MM/DD/AAAA)	Fecha en que se entregó (MM/DD/AAAA)
	Código nacional del medicamento (número NDC)	Cantidad de suministros autorizados	Número de suministro
	Cantidad total pagada (\$)	Cantidad del medicamento	Días de suministro