

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



## Sección 1 – Información del Titular de la Tarjeta

N.º del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_  
Nombre del Titular de la Tarjeta (*Apellido, Nombre*) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

## Sección 2 – Otra Cobertura de Medicamentos Recetados

(Marque todo lo que corresponda)

- Este reclamo fue presentado o parcialmente pagado por otro plan de seguro.  
(Asegúrese de incluir la Explicación de beneficios de la otra compañía de seguros)
- Esta receta se compró con una tarjeta de descuento. (Ex: GoodRx, InsideRx, etc.)
- Otro Plan de Seguro pagó por error este Reclamo y ese Plan le envió una Carta de Cobro.  
(Asegúrese de incluir la carta de cobro con su reclamo)

## Sección 3 – Proveedor de la Receta

Nombre de la Farmacia \_\_\_\_\_ NPI de la Farmacia \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

- Mi médico proporcionó la vacuna o el medicamento. Consulte la Sección 5 para obtener información

## Sección 4 – Motivo para Comprar Fuera de la Red del Plan

- A. Viajé fuera del área de servicio de mi plan y me quedé sin (o perdí) mi medicamento; o me enfermé y no pude acceder a una farmacia de la red.
- B. No pude obtener mi medicamento de manera oportuna dentro de mi área de servicio (no había ninguna farmacia de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que brindara servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana).
- C. Por lo general, mi medicamento no está disponible en una red accesible o en una farmacia de pedidos por correo.
- D. Cuando fui paciente en un departamento de emergencias, en una clínica de un proveedor, en un centro de cirugías ambulatorias o en otro centro ambulatorio, una farmacia fuera de la red ubicada en una de estas instituciones dispensó mi medicamento, y no pude surtirlo en una farmacia de la red.
- E. Recibí una vacuna en el consultorio del médico o en la farmacia.
- F. Me evacuaron o desplazaron de mi residencia debido a un desastre o una emergencia de salud declarado por el estado o el gobierno federal. emergency.

Explicación/Información adicional \_\_\_\_\_

## Sección 5 – Información del Médico

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ NPI del Médico \_\_\_\_\_  
Dirección del Médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

## Sección 6 – Detalle de la Receta

*(Lo debe completar y firmar el médico o farmacéutico si no se adjunta el recibo)*

Nombre del Medicamento \_\_\_\_\_ NDC \_\_\_\_\_ Total Pagado \$ \_\_\_\_\_  
Fecha del Servicio \_\_\_\_\_ Rx # \_\_\_\_\_ Cant \_\_\_\_\_ Días de Suministro \_\_\_\_\_

### **Special Situations:**

- Reclamación de vacunas: Costo de medicamentos \$ \_\_\_\_\_ Gastos de gestión \$ \_\_\_\_\_ Total Pagado \$ \_\_\_\_\_
- Prescripción compuesta *(Incluya una copia del recibo detallado de la farmacia que muestre todos los ingredientes con los costos)*
- El medicamento fue comprado fuera de los U.S.A. *(Esto incluye recetas en un crucero.)*
- El medicamento se administró durante una estancia de observación en la sala de emergencias o en un centro para pacientes ambulatorios. *(Ver Sección 4, Opción "D". Proporcione una lista de medicamentos que incluya el Código Nacional de Drogas (NDC) para cada medicamento)*

Firma del farmacéutico/médico \_\_\_\_\_ NPI \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Sección 7 – Firma del Titular de la Tarjeta

El reembolso de las reclamaciones presentadas está sujeto a su programa de beneficios de recetas y no está garantizado. El reembolso se realizará de acuerdo con los límites de su plan de beneficios de medicamentos recetados y será solo por la cantidad que su programa habría pagado en su nombre. El monto del reembolso puede ser significativamente menor que el monto original que pagó. Es posible que las reclamaciones que sean difíciles de leer o estén incompletos se devuelvan, o que los pagos se denieguen. Si alguien presenta la reclamación en nombre del beneficiario, se debe adjuntar un formulario de Autorización de Representación (Form CMS-1696) o un documento legal que demuestre la representación. Consulte las instrucciones para obtener más información.

Advertencia: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, perjudicar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una reclamación o una solicitud que contenga información materialmente falsa, engañosa, incompleta o confusa relacionada con dicha reclamación puede estar cometiendo un acto de seguro fraudulento, que se considera un delito y puede someter a dicha persona a sanciones penales o civiles, incluida la denegación de beneficios, multas o prisión.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  Firmado por el Representante

## Sección 8 – Cómo Presentar la Reclamación

*(Todas las solicitudes de reembolso deben presentarse por escrito)*

### **Por Correo:**

Priority Health  
ATTN: Medicare Part D  
1231 East Beltline Ave NE  
MS 1260  
Grand Rapids, MI 49525

### **Por Fax**

– También puede enviar su formulario de reclamación por fax al siguiente número: 1.616.975.8867. Utilice un formulario de reclamación por cada fax. No combine reclamaciones para diferentes miembros en el mismo fax. Las solicitudes de reembolso pueden presentarse hasta 36 meses a partir de la fecha del servicio.

---

# Instrucciones para el Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare

---

LEA LAS INSTRUCCIONES CON ATENCIÓN Y COMPLETE EL FORMULARIO

## Objetivo

El Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados se ofrece como una herramienta para ayudar a que su solicitud de reembolso se pague lo antes posible. El uso del formulario no es obligatorio, pero se recomienda enfáticamente. La información solicitada es necesaria para procesar su reclamación.

Realice una impresión clara. Tenga en cuenta que la documentación faltante, incompleta, difícil de leer o ambigua puede retrasar el procesamiento exitoso de su reclamación.

Este formulario se puede usar para solicitar el reembolso de cualquiera de las siguientes situaciones de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare :

Recetas de Rutina: Compró un medicamento recetado en una farmacia sin usar su tarjeta de beneficios de la Parte D de Medicare.

Observación Hospitalaria: Lo ingresaron en un hospital o centro ambulatorio durante hasta tres días para realizar una observación y no se le permitió traer los medicamentos que toma a diario de su casa. Estos se llaman medicamentos autoadministrados. Solo los medicamentos autoadministrados están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Vacunas: Se le administró una vacuna aprobada por la Parte D de Medicare. Asegúrese de marcar la opción “E” en la **Sección 4** y siga estas instrucciones para presentar las reclamaciones de vacunas:

- Si su médico le suministró y administró la vacuna, incluya la factura del médico, marque la casilla en la **Sección 3**, pero deje el resto en blanco, complete la **Sección 6**, marque la casilla para una reclamación de Vacunas y complete el resto del formulario.
- Si la vacuna fue comprada y administrada por una farmacia, incluya el recibo de la receta, omita la **Sección 5**, complete la **Sección 6**, marque la casilla para una reclamación de Vacunas y complete el resto del formulario.

- Si la vacuna se compró en una farmacia pero la administró su médico, incluya el recibo de la receta de la farmacia y la factura del médico, complete la **Sección 6**, marque la casilla para una reclamación de Vacunas y complete el resto del formulario.
- Si la vacuna fue gratuita pero hubo una tarifa de administración, esta tarifa no se puede reembolsar. La tarifa de administración solo puede estar cubierta por la Parte D de Medicare en el caso de que usted haya pagado la vacuna.

Receta de un Preparado Farmacéutico: Una receta de un preparado farmacéutico se compone de múltiples ingredientes combinados para formar un tratamiento que no está disponible fácilmente. Si no está seguro de si recibió una receta de un preparado farmacéutico, consulte a su farmacéutico.

Tenga en cuenta que no todos los planes cubren recetas de preparados farmacéuticos. Las instrucciones especiales para las recetas de preparados farmacéuticos son las siguientes :

- Solicite un recibo de la farmacia en el que se indiquen todos los ingredientes. La lista debe incluir el Código Nacional de Medicamentos (NDC), la cantidad métrica y el costo de cada ingrediente. Envíe el recibo de la farmacia junto con su reclamación.
- Marque la casilla de reclamación de preparado farmacéutico en la **Sección 6** y complete el resto del formulario.

---

## Recibos

Se requiere un recibo para recibir un reembolso adecuado por una reclamación de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Tenga en cuenta que un recibo de la caja registradora no es suficiente. Pegue sus recibos en una hoja de papel de 8.5x11 o envíe una fotocopia clara. Guardé una copia para sus registros. Los siguientes son recibos aceptables:

*(Continúa en la siguiente página)*

---

Recibo de la Receta: La farmacia proporciona este recibo. Muestra la información de la farmacia, la fecha del servicio o la fecha de surtido, el médico, el número de la receta, el nombre del medicamento, el NDC de once dígitos, la cantidad, los días de suministro y el monto que pagó. Por lo general, este recibo se encuentra adjunto en el exterior del sobre de la receta.

Factura del Médico: Su médico la enviará si le administraron una vacuna. Debe proporcionar la información del médico (p. ej., nombre, dirección y número de teléfono), la fecha del servicio, el nombre del medicamento, el NDC del medicamento y el monto que pagó, incluida cualquier la tarifa de administración.

Factura del Hospital: Esta factura será un estado de cuenta detallado del hospital por una estadía de observación. Consulte la **Sección 4**, Opción D para obtener una definición. Identifique los medicamentos en el estado de cuenta por los que está presentando una reclamación. Sólo los medicamentos identificados serán considerados para el reembolso.

---

### **Sección 1: Información del Titular de la Tarjeta**

Llene esta sección por completo. Esta información es crítica para que la reclamación se procese de acuerdo con el beneficio al que tiene derecho. El número de Identificación del Titular de la Tarjeta y el número de Grupo se pueden encontrar en su tarjeta de beneficios de la Parte D de Medicare.

### **Sección 2: Otra Cobertura de Medicamentos Recetados**

Marque cualquiera de las casillas de esta sección que correspondan a su reclamación.

### **Sección 3: Información de la Farmacia**

Proporcione la mayor cantidad de información posible sobre la farmacia donde se compró el medicamento o la vacuna, incluido el número de Identificador Nacional del Proveedor (NPI). El NPI debe estar en el recibo del medicamento recetado. De lo contrario, la farmacia puede proporcionararlo.

### **Sección 4: Compra Fuera de la Red**

Marque la razón que mejor se aplica a su situación.

### **Sección 5: Información del Médico**

Toda la información solicitada en esta sección es fundamental para que su reclamación se procese con éxito según las pautas de Medicare. Es posible que se deniegue su reclamación si no se proporciona la información del médico. Es posible que deba comunicarse con el consultorio del médico para obtener su dirección, número de teléfono y número de NPI.

### **Sección 6: Detalle de la Receta**

Complete esta sección con la información del recibo de la receta de la farmacia. Como alternativa a un recibo, puede hacer que su médico o farmacéutico complete y firme esta sección.

Situaciones Especiales: Marque las que correspondan a su reclamación y proporcione la información o documentación que se le solicita.

### **Sección 7: Firma del Titular de la Tarjeta**

Firme el formulario de reclamación. Si alguien presenta la reclamación en nombre del paciente, marque la casilla Firmado por el Representante y proporcione un formulario de Autorización de Representación (Form CMS-1696) o un instrumento legal que defina al Representante. El formulario Form CMS-1696 se puede descargar en [www.cms.gov](http://www.cms.gov) o se puede obtener llamando al número de teléfono de Servicio al Cliente que figura en su tarjeta.

### **Sección 8: Presentación de la Reclamación**

La reclamación **debe** presentarse por escrito. Puede enviarse por correo o por fax como se muestra en esta sección del Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare.

Tenga en cuenta: las solicitudes de reembolso se pueden enviar hasta 36 meses después de la fecha del servicio.