

Marque si se aplica:

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

Parte D de Medicare: Formulario de Reclamación de Medicamentos

¡Importante!

- Su reclamación será procesada dentro de los 14 días siguientes a la recepción. Permita tiempo adicional para todos los envíos asociados.
- Guarde una copia de todos los documentos enviados para sus expedientes.
- No use grapas ni cinta adhesiva r tape receipts or attachment to this form.



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)

[Grid of 16 boxes for identification number]

No. de grupo/Nombre del grupo

[Grid of 12 boxes for group number]

Nombre (Apellido)

[Grid of 26 boxes for last name]

(Nombre)

[Grid of 12 boxes for first name]

(Inicial 2do nombre)

Dirección

[Grid of 32 boxes for address]

Dirección 2

[Grid of 32 boxes for address 2]

Ciudad

[Grid of 26 boxes for city]

Estado

[Grid of 2 boxes for state]

Código postal

[Grid of 5 boxes for zip code]

Fecha de nacimiento

[Grid of 8 boxes for birth date]

Hombre Mujer

[Grid of 2 boxes for gender]

Teléfono

[Grid of 12 boxes for phone number]

Otra información de seguro

ELIJA ENTRE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

¿El medicamento está cubierto bajo cualquier otro seguro?
 SÍ NO

De ser así, la otra cobertura es PRIMARIA SECUNDARIA
Si la otra cobertura es Primaria, incluya la explicación de beneficios (EOB) con este formulario.

Nombre de la compañía de seguros: _____

ID#: _____

TIPO DE SOLICITUD:

¿Es esta una solicitud para un cambio en el nivel del medicamento?
 SÍ NO

¿Fueron estos medicamentos recibidos de un centro de compuestos farmacéuticos? SÍ NO

¿Fueron estos medicamentos recibidos de un hospital? SÍ NO

¿Fueron estos medicamentos recibidos de una institución de cuidados a largo plazo? SÍ NO

¿Fueron estos medicamentos recibidos mientras estaba de vacaciones?
 SÍ NO

¡Importante! Se requiere de FIRMA

AVISO

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 toda la información en este formulario es cierta 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 continuación:

- 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: _____

Comentarios adicionales: _____

Número de recetas que presenta para su 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) □ □ □ □ □ □ . □ □ □
	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) □ □ □ □ □ □ . □ □ □
	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) □ □ □ □ □ □ . □ □ □
	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**Envíe los formularios completos con los recibos a:**

Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, Arizona 85072-2066

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

Información adicional sobre el medicamento

Medicamento 4	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		Nombre del medicamento		
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □		Fecha de despacho (MM/DD/YY) □ □ / □ □ / □ □	Total pagado (\$) monto □ □ □ □ □ □ . □ □ □	
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		Cantidad de medicamento □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □	
Medicamento 5	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		Nombre del medicamento		
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □		Fecha de despacho (MM/DD/YY) □ □ / □ □ / □ □	Total pagado (\$) monto □ □ □ □ □ □ . □ □ □	
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		Cantidad de medicamento □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □	
Medicamento 6	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		Nombre del medicamento		
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □		Fecha de despacho (MM/DD/YY) □ □ / □ □ / □ □	Total pagado (\$) monto □ □ □ □ □ □ . □ □ □	
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		Cantidad de medicamento □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □	
Medicamento 7	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		Nombre del medicamento		
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □		Fecha de despacho (MM/DD/YY) □ □ / □ □ / □ □	Total pagado (\$) monto □ □ □ □ □ □ . □ □ □	
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		Cantidad de medicamento □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □	
Medicamento 8	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		Nombre del medicamento		
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □		Fecha de despacho (MM/DD/YY) □ □ / □ □ / □ □	Total pagado (\$) monto □ □ □ □ □ □ . □ □ □	
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		Cantidad de medicamento □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □	
Medicamento 9	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		Nombre del medicamento		
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □		Fecha de despacho (MM/DD/YY) □ □ / □ □ / □ □	Total pagado (\$) monto □ □ □ □ □ □ . □ □ □	
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		Cantidad de medicamento □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □	

