

Formulario de Reclamación de Medicamentos Recetados

Utilice este formulario para solicitarnos el reembolso de lo que pagó por un medicamento recetado cubierto por la Part D de Medicare. Revise su Evidencia de Cobertura (EOC) para obtener más detalles sobre cómo completar este formulario.

Si desea que otra persona complete este formulario en su nombre, marque esta casilla y envíe un **Formulario de Designación de Representante (AOR)** firmado. Este formulario de reclamación incluye el formulario CMS-1696. El formulario **AOR** se encuentra en el sitio web de su plan o en el sitio web de los [Centros de Servicios de Medicare y Medicaid \(CMS\)](#).

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre:	Apellido:	Número de ID del miembro:
Fecha nacimiento:	Dirección:	Ciudad
Número de Teléfono:	Estado:	Código postal:

INSTRUCCIONES

Complete este formulario para cada solicitud de reclamación e incluya la información de la etiqueta del medicamento recetado y un comprobante del recibo de pago. En la solicitud de reclamación se DEBE incluir la información que se indica a continuación. Esta información la puede encontrar en la etiqueta del medicamento recetado o se la puede solicitar a su farmacéutico.

1. Identificación del Proveedor Nacional (NPI) de la Farmacia
2. Fecha de surtido
3. Nombre del Médico
4. Identificación del Proveedor Nacional (NPI) del Médico
5. Número de Receta (RX)
6. Monto pagado
7. Cantidad dispensada
8. Suministro diario
9. Nombre del medicamento
10. Código Nacional del Medicamento

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO POR CORREO POSTAL A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

**Medicare Part D Pharmacy Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577**

Tenga en cuenta lo siguiente: Es posible que la solicitud se retrase o rechace si los formularios presentan información faltante, no son legibles o si todavía no se ha pagado la factura. No se garantiza el reembolso del monto que pagó.

Certifico que la información anterior está correcta.

X

Firma del Miembro o Representante Designado

Fecha

Información solicitada sobre medicamentos recetados

Puede utilizar el espacio que se proporciona a continuación para indicar todos los medicamentos recetados cubiertos, de los cuales quiere solicitarnos el reembolso de lo que pagó. Solo se considerarán los medicamentos que se indiquen en esta sección. Marque de forma clara la información en cada casilla.

Nombre del Medicamento:	Nombre del Médico:	NPI del Médico:	NPI de la Farmacia:	Número de RX:
Código Nacional del Medicamento:	Fecha de Surtido:	Cantidad:	Suministro por Día:	Monto Pagado:

Nombre del Medicamento:	Nombre del Médico:	NPI del Médico:	NPI de la Farmacia:	Número de RX:
Código Nacional del Medicamento:	Fecha de Surtido:	Cantidad:	Suministro por Día:	Monto Pagado:

Nombre del Medicamento:	Nombre del Médico:	NPI del Médico:	NPI de la Farmacia:	Número de RX:
Código Nacional del Medicamento:	Fecha de Surtido:	Cantidad:	Suministro por Día:	Monto Pagado:

Nombre del Medicamento:	Nombre del Médico:	NPI del Médico:	NPI de la Farmacia:	Número de RX:
Código Nacional del Medicamento:	Fecha de Surtido:	Cantidad:	Suministro por Día:	Monto Pagado:

Nombre del Medicamento:	Nombre del Médico:	NPI del Médico:	NPI de la Farmacia:	Número de RX:
Código Nacional del Medicamento:	Fecha de Surtido:	Cantidad:	Suministro por Día:	Monto Pagado:

Nombre del Medicamento:	Nombre del Médico:	NPI del Médico:	NPI de la Farmacia:	Número de RX:
Código Nacional del Medicamento:	Fecha de Surtido:	Cantidad:	Suministro por Día:	Monto Pagado: