

Instrucciones para el formulario de reclamación para medicamentos recetados de Medicare Parte D

LEA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES Y COMPLETE EL FORMULARIO ATENTAMENTE.

Propósito

Se ofrece el formulario de reclamación para medicamentos recetados como una herramienta para ayudarle a que se pague su reclamación lo antes posible. Escriba en letra imprenta de forma legible. No se requiere el uso del formulario. Puede enviar documentación equivalente por escrito, pero debe contener toda la información solicitada en este formulario. Tenga en cuenta que la documentación faltante, incompleta o ilegible puede demorar el procesamiento correcto de su reclamación.

Cuándo usar este formulario

Se puede utilizar este formulario para solicitar un reembolso de cualquiera de los siguientes beneficios de medicamentos recetados de Medicare Parte D:

- **Recetas de rutina:** usted adquirió una receta sin usar su tarjeta de identificación de miembro.
- **Observación en el hospital:** usted fue admitido en el hospital por hasta tres días para una observación y no se le permitió traer sus medicamentos diarios de su hogar. Durante la observación, los únicos medicamentos cubiertos por Medicare Parte D son aquellos administrados porque los toma regularmente (por ejemplo, diariamente) en su hogar.
- **Vacunas de Medicare Parte D:** usted adquirió o se le administró una vacuna aprobada por la Parte D. Siempre revise la línea **E.** de la **Sección 4** y siga estas instrucciones a fin de enviar reclamaciones para vacunas:
 - Si su médico o clínica le suministró y administró la vacuna, incluya la factura médica, omita la **Sección 3** y la **Sección 6** y complete el resto del formulario.
 - Si adquirió y se administró la vacuna en una farmacia, incluya el recibo de la receta, omita la **Sección 5** y la **Sección 6** y complete el resto del formulario.
 - Si adquirió la vacuna en una farmacia pero se la administró su médico, incluya el recibo de la receta de la farmacia y la factura del médico, omita la **Sección 6** y complete el resto del formulario.
- Si recibió la vacuna de forma gratuita, pero tuvo que pagar un cargo por la administración, incluya el recibo que muestre el costo nulo de la vacuna y el cargo por la administración. Complete la **Sección 3** si fue administrada en una farmacia o la **Sección 5** si fue administrada por un médico o en una clínica. Omita la **Sección 6** y complete el resto del formulario.
- **Recetas compuestas:** usted adquirió una receta compuesta sin usar su tarjeta de identificación de miembro. Tenga en cuenta que no todos los planes cubren las recetas compuestas. Las instrucciones especiales para las recetas compuestas incluyen:
 - Una receta compuesta comprende varios ingredientes combinados para llevar a cabo un tratamiento que no está disponible fácilmente.
 - Si no está seguro de tener una receta compuesta, pregúntele a su farmacéutico.
 - La manera más fácil de presentar una reclamación para una receta compuesta es solicitar un recibo de la farmacia que enumere todos los ingredientes. Esta lista debe incluir el Código Nacional de Fármacos (National Drug Code, NDC), la cantidad métrica y el costo de cada ingrediente. Se debe presentar el recibo de la farmacia con su reclamación. Para presentar su reclamación, incluya el recibo, omita la **Sección 6** y complete el resto del formulario.
 - Una alternativa a proporcionar el recibo es que el farmacéutico complete y firme la **Sección 6**, incluida la parte **Solamente recetas compuestas**. Usted debe completar el resto del formulario.
 - Revise los materiales de beneficios de su plan o llame a Servicio al cliente al número que figura en su tarjeta de identificación de miembro si tiene preguntas sobre su receta compuesta.

Los pasos específicos para completar el formulario comienzan en la parte 2.

(sigue)

Sección 1: Información del titular de la tarjeta

Complete la totalidad de esta sección. Esta información es importante para que la reclamación se procese conforme al beneficio al que tiene derecho. Puede encontrar el número de identificación del titular de la tarjeta y el número de grupo en su tarjeta de identificación del miembro.

Sección 2: Otra cobertura para medicamentos recetados

- Si Medicare Parte D es su cobertura para medicamentos recetados principal, omita esta sección.
- Sin embargo, si Medicare Parte D es su cobertura para medicamentos recetados secundaria, asegúrese de completar la **Sección 2** luego de que se haya presentado una reclamación para esta receta a su seguro principal y haya recibido un documento de *Explicación de beneficios* que detalle el resultado de esta reclamación. Para procesar su reclamación adecuadamente, incluya una copia de la *Explicación de beneficios* del proveedor de seguro principal con su reclamación.

Sección 3: Información sobre la farmacia

Omita esta sección si su médico le suministró y administró una vacuna. En todas las demás situaciones, suministre toda la información posible sobre la farmacia en donde adquirió el medicamento, incluido el Identificador Nacional del Proveedor (National Provider Identifier, NPI), para garantizar que se pueda procesar su reclamación. Si no puede encontrar el NPI en el recibo del medicamento recetado, la farmacia puede proporcionarlo.

Sección 4: Compra fuera de la red

Marque el motivo que mejor corresponda a su situación.

Sección 5: Información sobre el médico

Toda la información que se solicita en esta sección es importante para procesar exitosamente su reclamación según las pautas de Medicare. Es posible que se rechace su reclamación si no se proporciona la información sobre el médico. Es posible que deba comunicarse con el consultorio del médico para obtener su dirección, número de teléfono e Identificador Nacional del Proveedor (NPI).

Recibos

Para obtener un reembolso adecuado por una reclamación para medicamentos recetados de Medicare Parte D, se requiere un recibo. Tenga en cuenta que no basta un recibo de caja. Adjunte su(s) recibo(s) a una hoja de papel de 8.5 x 11 o envíe una fotocopia legible.

Algunos recibos aceptables incluyen:

- Recibo de la receta: este recibo muestra la información sobre la farmacia, la fecha del servicio, el médico, el número de receta, el nombre del medicamento, el NDC de 11 dígitos, la cantidad, los días de suministro y la cantidad que pagó. Este recibo generalmente se encuentra adjunto a la parte externa del sobre de la receta. Como alternativa, puede solicitar a su farmacia un informe de historial de recetas de un tiempo determinado. Siempre y cuando muestre toda la información indicada en este párrafo y esté firmado por el farmacéutico, puede cumplir la función del recibo de la receta de la farmacia.
- Factura del médico: generalmente proviene de su médico si este le administró una vacuna. Debe proporcionar la información del médico (por ejemplo, nombre, dirección y número de teléfono), fecha del servicio, nombre del medicamento, NDC del medicamento y la cantidad que pagó, incluidos los cargos por la administración.
- Factura del hospital: es una declaración detallada del hospital que se emite por una estadía para observación. Debe incluir el número NPI de la farmacia del hospital, fecha del servicio, nombre del médico, nombre del medicamento, NDC del medicamento, la cantidad, días de suministro y cantidad que pagó. Marque con un círculo los medicamentos en la declaración para los que está enviando su reclamación. Solo se considerarán para un reembolso los medicamentos marcados con un círculo.

Sección 6: Detalle de la receta

Omita esta sección si tiene un recibo que califique como se describe anteriormente. Si no puede obtener ninguno de los recibos que se mencionan anteriormente, solicite que su médico o farmacéutico complete y firme esta sección.

Sección 7: Firma del titular de la tarjeta

Firme el formulario de reclamación. Si alguien presenta la reclamación en nombre del paciente, se debe incluir un formulario de autorización de representación (formulario CMS-1696) o un instrumento legal similar con la reclamación. Puede descargar el formulario CMS-1696 en www.cms.gov o puede obtenerlo al llamar al número de Servicio al cliente que figura en su tarjeta de identificación del miembro.

Sección 8: Presentación de la reclamación

Puede presentar la reclamación por correo o fax a la dirección o al número de teléfono que figura en el formulario de reclamación para medicamentos recetados de Medicare Parte D. Las solicitudes de reembolso pueden presentarse hasta 36 meses desde la fecha del servicio.



Formulario de reclamación para medicamentos recetados de Medicare Parte D

Sección 1 > Información del titular de la tarjeta

Identificación del titular de la tarjeta/N.º de ID _____ N.º de grupo _____
Nombre del titular de la tarjeta (*apellido, nombre, inicial del segundo nombre*) _____
Dirección _____ Fecha de nacimiento _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sección 2 > Otra cobertura para medicamentos recetados

¿El paciente es elegible para obtener cobertura principal de medicamentos recetados de otra compañía de seguros? Sí No
En caso afirmativo, ¿el paciente presentó la reclamación a esta otra compañía de seguros? Sí No
(*En caso afirmativo, incluya la Explicación de beneficios de la otra compañía de seguros*).
¿La otra compañía de seguros pagó como asegurador principal? Sí No

Sección 3 > Información sobre la farmacia

Nombre de la farmacia _____ NPI de la farmacia _____
Dirección _____ Teléfono _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sección 4 > Compra fuera de la red

- A. Viajé fuera del área de servicio de mi plan y se me acabó (o perdí) mi medicación; o me enfermé y no pude acceder a una farmacia de la red.
- B. No pude obtener mi medicamento a tiempo dentro de mi área de servicio (no había una farmacia de la red a una distancia razonable, que se pueda recorrer en automóvil, y que ofrezca servicio las 24 horas, los 7 días de la semana).
- C. Mi medicamento no está disponible habitualmente en una farmacia accesible de la red o con servicio de pedidos por correo.
- D. Mientras fui atendido en un departamento de emergencia, una clínica de proveedores, un establecimiento de cirugía ambulatoria o de otro tipo de atención ambulatoria, mi medicamento fue entregado por una farmacia fuera de la red ubicada en una de estas instituciones, razón por la cual no me pude surtir del medicamento en una farmacia de la red.
- E. Recibí una vacuna en la farmacia o en el consultorio de mi médico.
- F. Fui evacuado o desplazado de mi residencia debido a un desastre o una emergencia de salud declarados por el estado o el gobierno federal.

(sigue)

Sección 5 > Información sobre el médico

Nombre del médico _____ NPI del médico _____
 Dirección del médico _____ Teléfono _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Sección 6 > Detalle de la receta *Debe ser completado y firmado por un médico o farmacéutico si no se adjunta el recibo*

Fecha del servicio _____ N.º de receta _____ NDC _____
 Nombre del medicamento _____ Cantidad _____ Días de suministro _____ Costo del medicamento _____

Solamente reclamación para vacuna de Medicare Parte D (si está cubierto)	Cargo por administración _____	Total pagado por el titular de la tarjeta _____
---	--------------------------------	---

Solamente recetas compuestas (si está cubierto)			
Número del NDC de 11 dígitos	Nombre del ingrediente	Cantidad métrica	Costo del ingrediente
Total pagado por el titular de la tarjeta			

Firma del médico o farmacéutico _____ Fecha _____

Sección 7 > Firma del titular de la tarjeta

Los reembolsos por reclamaciones presentadas están sujetos a su programa de beneficios de medicamentos recetados y no están garantizados. Se realizarán los reembolsos conforme a los límites de su plan de beneficios de medicamentos recetados y serán solo por la cantidad que su programa hubiera pagado en su nombre. La cantidad del reembolso puede ser significativamente más baja que la cantidad original que pagó. Es posible que se devuelvan o rechacen las reclamaciones ilegibles o incompletas. Si alguien presenta la reclamación en nombre del paciente, se debe adjuntar un formulario de autorización de representación (formulario CMS-1696). Consulte las instrucciones para obtener más información.

Firma _____ Fecha _____

Sección 8 > Presentación de la reclamación**Por correo:**

Express Scripts
 ATTN: Medicare Part D
 P.O. Box 14718
 Lexington, KY 40512-4718

Por fax:

también puede enviar por fax su formulario de reclamación al 1.608.741.5483. Use un formulario de reclamación por cada fax. No combine reclamaciones de diferentes miembros en el mismo envío por fax. Las solicitudes de reembolso pueden presentarse hasta 36 meses desde la fecha del servicio.

SCAN Health Plan es un plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en SCAN Health Plan depende de la renovación del contrato.