

# Formulario de Reclamo para Medicamentos que Requieren Receta Médica

Utilice este formulario en caso de que haya pagado por un medicamento que requiere receta médica cubierto por la Parte D de Medicare y desee solicitarnos que le devolvamos el dinero. Consulte su Manual del Afiliado para obtener más información sobre cómo completar este formulario.

Si desea que otra persona complete este formulario por usted, marque esta casilla y entregue un **Formulario de Designación de un Representante (por sus siglas en inglés, AOR)** - Form CMS-1696 firmado junto con este formulario de reclamo. El formulario **AOR** adjunto a continuación también se encuentra en el sitio web de su plan o en el sitio web de los [Centros de Servicios de Medicare y Medicaid \(por sus siglas en inglés, CMS\)](#).

## INFORMACIÓN DEL AFILIADO

|                      |            |                             |
|----------------------|------------|-----------------------------|
| Nombre:              | Apellido:  | Número de id. del afiliado: |
| Fecha de nacimiento: | Dirección: | Ciudad:                     |
| Número de teléfono:  | Estado:    | Código Postal:              |

## INSTRUCCIONES

Complete este formulario para cada reclamo e incluya la información que figura en la etiqueta de la receta médica y una constancia del recibo de pago. El reclamo DEBE incluir la siguiente información en su solicitud. Encontrará la información en la etiqueta de su receta médica, o también puede pedirle ayuda a un empleado de su farmacia.

1. Identificador nacional de proveedor (por sus siglas en inglés, NPI) de la farmacia
2. Fecha de la receta surtida
3. Nombre del médico
4. Identificador nacional de proveedor (por sus siglas en inglés, NPI) del médico
5. Número de la receta médica (por sus siglas en inglés, RX)
6. Cantidad pagada
7. Cantidad despachada
8. Días de suministro
9. Nombre del medicamento
10. Código Nacional de Medicamento

|   |   |
|---|---|
| ABC Pharmacy #1234<br>NPI: 1234567890<br>123 Any Road<br>Tampa, FL 12345-6789 | (813)555-1234<br>Date of Fill: 1/1/2008<br>Physician Name: Smith<br>NPI: 1234567890         |
| John Doe  | RX#: 1234567  |
| Take one (1) capsule by mouth three (3) times daily.                          | Copay: \$10.00  |
| Amoxicillin 500mg capsules (Teva)<br>12345-6789-01                            | Quantity Dispensed: 30<br>Day Supply: 10<br>Refills Remaining: 1<br>Original Date: 1/1/2008 |

10

9

**MOTIVO DE LA SOLICITUD**

- El medicamento se administró durante una hospitalización
- El afiliado no cuenta con una tarjeta de identificación
- Se utilizó una farmacia fuera de la red
- El afiliado tuvo una emergencia; descríbala a continuación
- Hubo un error de copago
- La farmacia no pudo procesar el reclamo en línea
- El afiliado se aplicó una vacuna
- Otro; descríbalo a continuación

---



---



---

**Coordinación de los Beneficios – Otro Seguro**

- ¿El afiliado está tomando estos medicamentos para una lesión sufrida en el lugar de trabajo?     Sí  No
  - ¿Estos medicamentos están cubiertos por algún otro seguro?                     Sí  No
  - Si la respuesta es “sí”, esa otra cobertura adicional:     Primaria  Secundaria
- Si esa otra cobertura es primaria, adjunte una copia de la Explicación de Beneficios (por sus siglas en inglés, EOB).*

|   |  |
|---|--|
| Nombre de la otra compañía de seguros:                          | Número de póliza de la otra compañía de seguros: |
| Nombre del titular de la póliza de la otra compañía de seguros: | Nombre del empleador del titular de la póliza:   |

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

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

**Tenga en cuenta lo siguiente:** es posible que se demore el procesamiento de su solicitud o que esta se rechace si presenta un formulario ilegible, si omite información o si no paga la factura. No garantizamos el pago del monto que abonó.

Certifico que la información que antecede es correcta.

**x**  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del afiliado o de su representante designado

\_\_\_\_\_  
 Fecha

## Información sobre el medicamento que requiere receta médica

Puede utilizar el siguiente espacio para enumerar todos los medicamentos que requieren receta médica cubiertos que usted pagó y por los que desea que le devolvamos el dinero. Solo se considerarán los medicamentos que se indiquen en esta sección. Indique de forma clara la información en cada casilla.

|                                 |                             |                 |                     |                  |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------------|------------------|
| Nombre del medicamento:         | Nombre del médico:          | NPI del médico: | NPI de la farmacia: | Número de la RX: |
| Código Nacional de Medicamento: | Fecha de la receta surtida: | Cantidad:       | Días de suministro: | Cantidad pagada: |

|                                 |                             |                 |                     |                  |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------------|------------------|
| Nombre del medicamento:         | Nombre del médico:          | NPI del médico: | NPI de la farmacia: | Número de la RX: |
| Código Nacional de Medicamento: | Fecha de la receta surtida: | Cantidad:       | Días de suministro: | Cantidad pagada: |

|                                 |                             |                 |                     |                  |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------------|------------------|
| Nombre del medicamento:         | Nombre del médico:          | NPI del médico: | NPI de la farmacia: | Número de la RX: |
| Código Nacional de Medicamento: | Fecha de la receta surtida: | Cantidad:       | Días de suministro: | Cantidad pagada: |

|                                 |                             |                 |                     |                  |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------------|------------------|
| Nombre del medicamento:         | Nombre del médico:          | NPI del médico: | NPI de la farmacia: | Número de la RX: |
| Código Nacional de Medicamento: | Fecha de la receta surtida: | Cantidad:       | Días de suministro: | Cantidad pagada: |

|                                 |                             |                 |                     |                  |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------------|------------------|
| Nombre del medicamento:         | Nombre del médico:          | NPI del médico: | NPI de la farmacia: | Número de la RX: |
| Código Nacional de Medicamento: | Fecha de la receta surtida: | Cantidad:       | Días de suministro: | Cantidad pagada: |

|                                 |                             |                 |                     |                  |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|---------------------|------------------|
| Nombre del medicamento:         | Nombre del médico:          | NPI del médico: | NPI de la farmacia: | Número de la RX: |
| Código Nacional de Medicamento: | Fecha de la receta surtida: | Cantidad:       | Días de suministro: | Cantidad pagada: |

## NOMBRAMIENTO DE UN REPRESENTANTE

|                    |   |
|--------------------|---|
| Nombre de la Parte | Numero de Medicare (beneficiario como parte) o identificador Nacional del Proveedor (proveedor o suplidor como parte) |
|--------------------|---|

### Sección 1: Nombramiento de un Representante

**Para ser completado por la parte que busca representación (i.e., el beneficiario de Medicare, el proveedor o suplidor):**

Yo nombro a mencionado en la Sección 2 para actuar como representante en relación con mi reclamación o derecho en virtud del título XVIII de la Ley del Seguro Social (la Ley) y sus disposiciones relacionadas al título XI de la Ley. Autorizo a este individuo a realizar cualquier solicitud; presentar u obtener pruebas; obtener información sobre apelaciones; y recibir toda notificación sobre mi reclamación, apelación, queja o solicitud en mi representación. Entiendo que podría divulgarse la información médica personal sobre mi solicitud al representante indicado a continuación.

|  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
| Firma de la Parte Solicitando Representación |                          | Fecha                                   |
| Dirección                                    |                          | Número de teléfono (con código de área) |
| Ciudad                                       | Estado                   | Código Postal                           |
| Correo electrónico (opcional)                | Número de Fax (opcional) |   |

### Sección 2: Aceptación del Nombramiento

**Para ser completado por el representante:**

Yo, \_\_\_\_\_, acepto por la presente el nombramiento antes mencionado. Certifico que no se me ha descalificado, suspendido o prohibido mi desempeño profesional ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS en inglés); que no estoy en calidad de empleado actual o anteriormente de los Estados Unidos, descalificado para actuar como representante del participante; y que reconozco que todo honorario podría estar sujeto a revisión y aprobación de la Secretaría.

Me desempeño como \_\_\_\_\_  
(Situación profesional o relación con la parte, por ejemplo: abogado, pariente, etc.)

|                               |                          |   |
|-------------------------------|--------------------------|---|
| Firma del representante       |                          | Fecha                                   |
| Dirección                     |                          | Número de teléfono (con código de área) |
| Ciudad                        | Estado                   | Código Postal                           |
| Correo electrónico (opcional) | Número de Fax (opcional) |   |

### Sección 3: Renuncia al Cobro de Honorarios por Representación

**Instrucciones: El representante debe completar esta sección si se lo requieren o si renuncia al cobro de honorarios por representación. (Los proveedores o suplidores que representen a un beneficiario y le hayan brindado artículos o servicios no pueden cobrar honorarios por representación y deben completar esta sección.)**

Renuncio a mi derecho de cobrar un honorario por representar a \_\_\_\_\_ ante el Secretario(a) del HHS.

|       |       |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|

### Sección 4: Renuncia al Pago por Artículos o Servicios en Cuestión

**Instrucciones: Los proveedores o suplidores que actúan como representantes de beneficiarios a los que les brindaron artículos o servicios deben completar esta sección si la apelación involucra un tema de responsabilidad en virtud de la sección 1879(a)(2) de la Ley. (La sección 1879(a)(2) en general se aborda si un proveedor, suplidor o beneficiario no tenía conocimiento o no se podía esperar razonablemente que supiera que los artículos o servicios en cuestión no estarían cubiertos por Medicare). Renuncio a mi derecho de cobrar al beneficiario un honorario por los artículos o servicios en cuestión en esta apelación si está pendiente una determinación de responsabilidad bajo la sección 1879(a)(2) de la Ley.**

|       |       |
|-------|-------|
| Firma | Fecha |
|-------|-------|

# INSTRUCCIONES Y REQUISITOS REGLAMENTARIOS

## Instrucciones

Nombre de la Parte: Este es el nombre de la persona o entidad que tiene derecho a presentar un reclamo o apelación (el nombre de la persona que tiene Medicare o el nombre del proveedor o proveedor).

Número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional: Esto debe completarse cuando la persona o entidad que designa a un representante tiene un número de Medicare o Identificador de Proveedor Nacional. Si no aplica, complete "no aplica".

Todos los demás campos rellenable de las Secciones 1 y 2 son obligatorios a menos que se indiquen como opcionales dentro del campo. Consulte el reglamento en [42 CFR 405.910](#).

## Cobro de Honorarios por Representación de Beneficiarios ante el Secretario(a) del HHS

Un abogado u otro representante de un beneficiario, que desee cobrar un honorario por los servicios prestados en relación con una apelación ante el Secretario(a) del HHS (i.e., una audiencia con un Juez de Derecho Administrativo (ALJ en inglés) o la revisión de un abogado adjudicador por la Oficina de Audiencias y Apelaciones de Medicare (OMHA en inglés), una revisión con el Consejo de Apelaciones de Medicare o un proceso ante OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare como resultado de una orden de remisión de la Corte de Distrito Federal) debe por ley obtener aprobación para recibir un honorario de acuerdo con 42 CFR §405.910(f).

El formulario, OMHA-118, "Petición para Obtener la Aprobación de un Honorario por Concepto de Representación de un Beneficiario," se obtiene la información necesaria para solicitar el pago de honorario. Debe ser completado por el representante y presentado con la solicitud para audiencia con el ALJ revisión de OMHA o revisión del Consejo de Apelaciones de Medicare. La aprobación de honorarios para el representante no es necesaria si: (1) el apelante es representado por un proveedor o suplidor; (2) prestados en calidad oficial como un tutor legal, comité o cargo similar representante designado por el tribunal y con la aprobación del tribunal del honorario en cuestión; (3) el honorario es por representación del beneficiario ante la corte de distrito federal; o (4) el honorario es por representación del beneficiario en una redeterminación o reconsideración. Si el representante desea renunciar al cobro de un honorario, puede hacerlo. El formulario, OMHA-118, se encuentra en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/OMHA-118.pdf>

## Aprobación de Honorarios

El requisito para la aprobación de honorarios garantiza que el representante recibirá una remuneración justa por los servicios prestados ante HHS en nombre de un beneficiario y brinda al beneficiario la seguridad de que los honorarios sean razonables. Para la aprobación de un honorario solicitado, OMHA o el Consejo de Apelaciones de Medicare considera la clase y el tipo de servicios prestados, la complejidad del caso, el nivel de pericia y capacidad necesaria para la prestación de servicios, la cantidad de tiempo dedicado al caso, los resultados alcanzados, el nivel de revisión administrativa al cual el representante llevó la apelación y el monto del honorario solicitado por el representante.

## Conflicto de Interés

Las secciones 203, 205 y 207 del título XVIII del Código de Estados Unidos consideran como un delito penal cuando ciertos funcionarios, empleados y antiguos funcionarios y empleados de los Estados Unidos prestan ciertos servicios en temas que afectan al Gobierno, ayudan o asisten en el procesamiento de reclamaciones contra los Estados Unidos. Los individuos con un conflicto de interés quedarán excluidos de ser representantes de los beneficiarios ante HHS.

## Dónde Enviar este Formulario

Envíe este formulario al mismo lugar que está enviando (o ha enviado) su: apelación si está solicitando una apelación, queja o protesta si está solicitando una queja o protesta, o determinación o decisión inicial si está solicitando una determinación o decisión inicial. Si necesita ayuda, comuníquese con 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048, o con su plan de Medicare.

Usted tiene derecho a obtener la información de Medicare en un formato accesible, como en letra grande, Braille o audio. También tiene el derecho de presentar una queja si siente que ha sido discriminado. Visite <https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice>, o llame al 1-800-MEDICARE para más información. Usuarios TTY debe llamar al 1-877-486-2048

---

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se le requiere a ninguna persona responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido OMB. El número de OMB para esta recopilación es 0938-0950. El tiempo requerido para completar este formulario es de 15 minutos por notificación, incluyendo el tiempo necesario para seleccionar el formulario pre-impreso, completar y entregárselo al beneficiario. Si tiene comentarios sobre el tiempo estimado para completarlo o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, PRA Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850.