

**1.ª parte**  
**Información del titular de la tarjeta/ Participante del plan**

N.º de identificación del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la tarjeta \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

**Información del participante del plan — Use un formulario de reclamación por separado para cada titular de tarjeta.**

Nombre del participante del plan \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Participante del plan:  Hombre  Mujer

Debe llenarse completamente la 1.ª parte para asegurar el reembolso apropiado de su reclamación de medicamento.

Sírvase escribir a máquina o en letra clara.

**CDB (Coordinación de beneficios)**

**¿El medicamento está cubierto bajo otro seguro de grupo?**  Sí  No

Si contesto que sí, marque el tipo de la otra cubierta:  Primaria  Secundaria

Si la otra cubierta es primaria, incluya la explicación de beneficios con este formulario.

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_ N.º de identificación \_\_\_\_\_

**¡Importante! Se REQUIERE una firma en las secciones A y B.**

**Norma sobre prevención de fraude:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro o a otra persona, presente una solicitud de seguro o estado de reclamación que contenga cualquier información fundamental falsa o que oculte información sobre cualquier hecho sustancial con el propósito de engañar, comete un acto de fraude contra el seguro médico, lo cual se considera un delito y expone a dicha persona a sanciones penales y civiles.

**A**

**Firma del participante del plan** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Divulgación de información:** Certifico que yo he recibido el medicamento aquí descrito y que el mencionado participante del plan es elegible para recibir beneficios de medicamentos recetados. También certifico que el medicamento recibido no tiene como objetivo dar tratamiento a una lesión de trabajo y que no está cubierto bajo otro plan de beneficios. Autorizo la divulgación de toda la información relacionada con esta reclamación a Caremark, el administrador de los beneficios de medicamentos recetados, al asegurador, al patrocinador, al asegurado y/o al patrono. Certifico que toda la información suministrada en este formulario es correcta.

**B**

**Firma del participante del plan** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**2.ª parte**  
**No olvide incluir todos los recibos originales de la farmacia.**

Si incluyó todos los recibos originales que contienen la siguiente información, **DETÉNGASE AQUÍ** y entregue la reclamación. No es necesario que llene la 3.ª parte. **NOTA:** No sujete con grapas ni pegue con cinta adhesiva a este formulario los recibos ni anexos.

- Nombre del participante • Nombre y dirección de la farmacia o número NABP • Número de la receta
- Fecha de compra • Total de cargos • Concentración del medicamento o número NDC • Nombre del medicamento
- Cantidad métrica, días de suministro

**3.ª parte**  
**Información de la farmacia**

El farmacéutico debe llenar esta sección **SÓLO** si no se han incluido los recibos originales de la farmacia.

- Para garantizar que el participante del plan reciba un reembolso correcto y oportuno por sus compras de medicamentos, sírvase suministrar la información solicitada a continuación.
- Si es una receta compuesta, sírvase escribir "RECETA COMPUESTA" en el espacio designado para el N.º NDC y llene la sección "Recetas compuestas" en el dorso de este formulario.

Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_ N.º NABP de la farmacia \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Por la presente certifico que toda la información suministrada a continuación es correcta y representa el (los) cargo(s) real(es) correspondiente(s) a la(s) receta(s) despachada(s). Además, entiendo que todos los pagos de beneficios relacionados con los cargos mencionados abajo se pagarán directamente al titular de la tarjeta.

**Firma del farmacéutico o representante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

(Requerida solamente si no se han incluido los recibos originales de la farmacia)

N.º de la receta	Fecha de despacho (mm/dd/aa)	N.º DEA del médico que receta	<input type="radio"/> Compuesta	Para uso de la oficina solamente	
				Código de aprobación previo	
N.º NDC	Nombre y concentración del medicamento	Cantidad métrica	Días de suministro	Total de cargos	

## INSTRUCCIONES

**Para evitar retrasos en la tramitación de su reclamación, asegúrese de que toda la información esté completa y correcta.**

Debe llenarse un formulario de reclamación por separado para:

- Cada participante del plan/familiar.
- Cada farmacia en donde usted haya comprado sus medicamentos con receta.

**Obtenga formularios de reclamación adicionales de su compañía o asociación y envíelos por correo directamente al Departamento de Reclamaciones de Caremark.**

## PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

**Al presentar una reclamación debe incluirse la siguiente información:**

- Nombre y dirección de la farmacia o N.º NABP
- Número de la receta
- Fecha de compra
- Nombre del medicamento
- Concentración del medicamento o número NDC
- Cantidad métrica/Días de suministro
- Total de cargos
- Recibos originales de la farmacia
- Firma del farmacéutico (sólo si no se han incluido los recibos originales de la farmacia)

NO incluya cargos por equipo médico duradero, cuya obtención haya requerido una receta médica. No se proveerán beneficios bajo este plan para dichos artículos.

NO presente cheques cancelados, recibos de caja ni un desglose personal de sus gastos. Estos documentos no se aceptan como sustitutos de los recibos originales.

NO presente estados de cuenta que muestren “saldos” solamente.

## CÓMO LLENAR ESTE FORMULARIO

**Información del titular de la tarjeta /Participante del plan**

**Llene toda la información sobre el titular de la tarjeta y el participante del plan en la 1.ª parte, al dorso de este formulario.**

- El número de identificación del titular de la tarjeta se encuentra en su tarjeta de identificación.
- Firme y escriba la fecha en los espacios provistos. Su firma certifica que la información es correcta y completa.
- Sírvase sacar una copia de todos los documentos y recibos antes de enviarlos a Caremark. No se devolverá ningún documento.

## INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

**El farmacéutico debe llenar la 3.ª parte del formulario.**

- Indique el nombre, el número NABP, la dirección y el número de teléfono de la farmacia.
- Incluya el (los) número(s) de la(s) receta(s), el (los) número(s) del (de los) medicamento(s), la(s) concentración(es) y la fecha de despacho.
- Indique el número DEA del médico que receta y si la receta es compuesta.
- Incluya el (los) número(s) NDC para el (los) medicamento(s) despachado(s).
- Si es una receta compuesta, escriba el número NDC del ingrediente más costoso del medicamento con receta utilizado.
- Indique el (los) ingrediente(s) del medicamento y la cantidad.
- Indique la “cantidad métrica” expresada en número de tabletas, gramos o ml, para líquidos, cremas, ungüentos y medicamentos inyectables.
- Indique los “días de suministro” (el número de días que durará el medicamento).
- Indique la suma pagada por el participante del plan.
- Firme y escriba la fecha en el formulario.
- ¿El farmacéutico tiene preguntas? Llame al número gratuito de Caremark, 1-800-364-6331.

RECETAS COMPUESTAS Para uso de la farmacia solamente			
N.º NDC	Ingredientes de la receta	Cantidad	Cargos

## ENVÍE ESTE FORMULARIO POR CORREO A:

Medicare Part D Paper Claims/ P.O. Box 52066 / Phoenix, AZ 85072-2066

**Si tiene alguna pregunta, sírvase llamar al número telefónico gratuito de SilverScript, 1-800-929-2524, de lunes a viernes, 7 a.m.–10 p.m., hora estándar central. Sábados, 8 a.m.–8 p.m., hora estándar central. Domingos, 8 a.m.–4:30 p.m., hora estándar central. Cerrado en los días feriados nacionales. [www.silverscript.com](http://www.silverscript.com)**