



Formulario de reclamación de medicamentos con receta de Medicare

Formulario de correo completo con recibos:

Aetna Pharmacy Management
PO Box 52446
Phoenix, AZ 85072-2446

Cuando lo envíe, haga lo siguiente:

- No engrape ni pegue con cinta los recibos a este formulario. Mantenga todos los adjuntos por separado.
- Incluya el recibo de la farmacia (no el recibo de caja). Los recibos de la farmacia, generalmente, están adheridos a la bolsa con los medicamentos con receta. O bien, puede obtenerlos de la farmacia si necesita otra copia.

Llame al número que se encuentra en su tarjeta de identificación si necesita ayuda para completar este formulario.

PASO 1: Información del paciente

Complete todas las secciones.

Número de identificación (consulte su tarjeta de miembro)										Número de Rx Group									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre (apellido)										(primer nombre)					(inic. 2.º nom.)				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección 2																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad										Estado					Código postal				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) Hombre										Mujer					Número de teléfono				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Infórmenos sobre sus medicamentos con receta

<p>¿Algún medicamento con receta...?</p> <p>¿Estuvo cubierto por el programa de asistencia del fabricante para el paciente? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Estuvo cubierto por otro plan (por ejemplo, a través de un empleador)? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es Sí, ¿es este otro un plan de atención primaria? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Si es un plan de atención primaria, incluya la explicación de beneficios (EOB) junto con el envío e infórmenos lo siguiente: Nombre de la compañía de seguros: _ Núm. de identificación: _</p>	<p>¿Algún medicamento con receta...?</p> <p>¿Era un medicamento con receta compuesto? SÍ* <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Era de un hospital? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Era de una farmacia de atención a largo plazo? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿Lo pagó de su bolsillo debido a una situación de emergencia (por ejemplo, se olvidó su medicamento en las vacaciones o tuvo que evacuar a causa de un desastre natural)? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>En el Paso 3 en la página 2, puede brindar otros motivos. * Si el reembolso es por un medicamento compuesto, complete el formulario adicional de reclamación de medicamentos con receta compuestos.</p>
---	--

¡IMPORTANTE! Se REQUIERE una firma.

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude, perjuicio o de engañar a cualquier compañía de seguros, envía una reclamación o solicitud con información falsa, fraudulenta, incompleta o engañosa en relación con dicha reclamación puede estar cometiendo un acto fraudulento de seguro el cual es un delito. Además, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales o civiles, incluidas multas, la denegación de beneficios o prisión.

Certifico que (o mi dependiente elegible) he (ha) recibido el/los medicamento(s) aquí mencionado(s). Certifico que he leído y que comprendo este formulario y que toda la información ingresada en este es verdadera y correcta.

X _____

Firma del participante del plan **Fecha**

Si completa este formulario en nombre de un miembro de la Parte D de Medicare, se requiere un formulario de Nombramiento de un representante CMS 1696 (o equivalente). Visite www.cms.gov para obtener una copia del formulario.

PASO 2: Requisitos de envío**Brinde lo siguiente:**Nombre de la farmacia y la dirección o el número NABP de la farmacia (consulte el recibo de la farmacia):

Nombre del médico que extiende la receta: _

Número de las recetas que está enviando para el reembolso: _

1. Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Nombre del medicamento	
Código Nacional de Medicamentos (Número de NDC) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Fecha en que se obtuvo (MM/DD/AA) □ □ / □ □ / □ □	Cargo total □ □ □ □ . □ □
Número NPI del emisor de la receta □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Cantidad □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □
2. Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Nombre del medicamento	
Código Nacional de Medicamentos (Número de NDC) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Fecha en que se obtuvo (MM/DD/AA) □ □ / □ □ / □ □	Cargo total □ □ □ □ . □ □
Número NPI del emisor de la receta □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Cantidad □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □
3. Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Nombre del medicamento	
Código Nacional de Medicamentos (Número de NDC) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Fecha en que se obtuvo (MM/DD/AA) □ □ / □ □ / □ □	Cargo total □ □ □ □ . □ □
Número NPI del emisor de la receta □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Cantidad □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □

*Utilice un formulario adicional si solicita el reembolso de más de 3 recetas.***PASO 3: Pasos siguientes:**

- Le enviaremos una respuesta por correo, ya sea que aprobemos o deneguemos su solicitud. Espere la respuesta y cualquier pago que le debamos en el plazo de 30 días. Recuerde que completar este formulario no es garantía de reembolso.
- Le recomendamos que conserve una copia de todos los documentos enviados para sus registros.
- Brinde cualquier comentario o información adicional aquí:

SOLO COMPLETE ESTA **SECCIÓN** SI ESTÁ SOLICITANDO EL REEMBOLSO DE UN MEDICAMENTO COMPUESTO

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE MEDICAMENTOS CON RECETA COMPUESTOS:

Número de las recetas de medicamentos compuestos que está enviando para el reembolso: _____

1. Nombre de la farmacia	Fecha en que se obtuvo (MM/DD/AA) □ □ / □ □ / □ □	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
---------------------------------	--	--

NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Código Nacional de Medicamentos (Número de NDC) □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □	Cantidad métrica □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Costo □ □ □ □ □ . □ □
--	---	--------------------------

NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Código Nacional de Medicamentos (Número de NDC) □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □	Cantidad métrica □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Costo □ □ □ □ □ . □ □
--	---	--------------------------

NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Código Nacional de Medicamentos (Número de NDC) □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □	Cantidad métrica □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Costo □ □ □ □ □ . □ □
--	---	--------------------------

	Cantidad métrica total □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Costo total □ □ □ □ □ . □ □
--	---	--------------------------------

2. Nombre de la farmacia	Fecha en que se obtuvo (MM/DD/AA) □ □ / □ □ / □ □	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
---------------------------------	--	--

NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Código Nacional de Medicamentos (Número de NDC) □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □	Cantidad métrica □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Costo □ □ □ □ □ . □ □
--	---	--------------------------

NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Código Nacional de Medicamentos (Número de NDC) □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □	Cantidad métrica □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Costo □ □ □ □ □ . □ □
--	---	--------------------------

NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Código Nacional de Medicamentos (Número de NDC) □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ - □ □	Cantidad métrica □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Costo □ □ □ □ □ . □ □
--	---	--------------------------

	Cantidad métrica total □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Costo total □ □ □ □ □ . □ □
--	---	--------------------------------

Utilice un formulario adicional si solicita el reembolso de más de 2 recetas de medicamentos compuestos.

Su privacidad es importante para nosotros. Nuestros empleados están capacitados para manejar de manera adecuada su información privada de salud.

Aetna Medicare es un plan PDP, HMO, PPO que tiene un contrato con Medicare. Nuestros planes SNP también tienen un contrato con los programas estatales de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios del plan, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de la cobertura. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio.