



Formulario de Reclamo de Medicinas Recetadas de la Parte D de Medicare

Instrucciones del Formulario de Reclamo

Por favor lea atentamente antes de completar este formulario. **Los formularios de reclamo que no incluyan la información obligatoria pueden retrasar o dificultar nuestra capacidad de procesar su petición de reembolso. Completar y enviar este formulario no garantiza el reembolso. Los reclamos están sujetos a limitaciones, exclusiones y otras disposiciones de su plan de beneficios.**

Parte 1: Información del Miembro (la debe completar el miembro)

1. Complete toda la información en la Parte 1. El número de identificación del miembro o titular de la tarjeta se encuentra en su tarjeta de seguro.
2. Envíe sus reclamos dentro del período de presentación que especifica su seguro de salud. Si tiene preguntas sobre su período de presentación, llame al número que figura al reverso de su tarjeta de seguro.
3. Envíe un formulario de reclamo por separado para cada paciente y farmacia en la que compre medicinas.
4. **NOTA IMPORTANTE: El pago y la correspondencia relacionada se enviarán al suscriptor principal a menos que nos proporcione una dirección alternativa en la Parte 1.**

Parte 2: Recibo

1. Envíe los recibos o etiquetas de las medicinas recetadas que contengan la información solicitada (que se muestra a continuación) o haga que su farmacéutico complete la Parte 2 y la Parte 3. Si no recibe un recibo por sus medicinas recetadas, se requiere la firma del farmacéutico.
2. Incluya todos los recibos originales de la farmacia. Pegue los recibos en una página aparte para enviarlos junto con el formulario de reclamo. Nota: No grape recibos ni otra documentación al formulario de reclamo.
3. Para reclamos múltiples, use el formulario para medicinas múltiples.

INFORMACIÓN DE FARMACIA Y MEDICINAS RECETADAS

Ejemplo de etiqueta de medicina recetada: Utilice este ejemplo como guía para localizar la información obligatoria. Nota: Cada farmacia puede tener un formato de etiqueta único.

Farmacia en cualquier momento n.º 1234 123 Any Street Home Town, US 12345-6789	(509)555-1234 Identificador de proveedor nacional (NPI) de la tienda: 1234567890
Receta 1234567 DOE, JANE Fecha de nacimiento: 1.º de enero de 1900 456 Home Road Home Town, US 12345	Fecha de surtido: 1.º de enero de 2009 (509)555-5678
Cápsulas de amoxicilina de 500 mg 00000-1111-22 Cantidad: 45	Dispense como está escrito: 0 Días de suministro: 30
A. SMITH, MD NPI: 4567890123	
Precio de venta al público: 200.00	COPAGO: 20.00

1. Fecha del surtido*
2. Número de receta médica
3. Cantidad*
4. Suministro diario*
5. Código Nacional de Drogas (National Drug Code; NDC, por sus siglas en inglés)*
6. Nombre y concentración de la medicina*
7. Nombre del doctor
8. Identificación nacional del doctor proveedor (National Provider Identifier; NPI, por sus siglas en inglés)
9. DAW
10. Precio de venta al público (U&C)/Precio de la medicina recetada*
11. Copago*
12. Identificación Nacional de Proveedor de Farmacia (NPI)

** Indica información obligatoria para procesar un reclamo. Si no se incluye esta información, puede retrasar o dificultar nuestra capacidad de procesar su solicitud de reembolso.*

4. Recuerde conservar una copia del formulario de reclamo completo y los recibos para su archivo.
5. Envíe el formulario completo y los recibos a:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108 Fax:
858-549-1569
Correo electrónico: Claims@Medimpact.com



[MedImpact.com](https://www.MedImpact.com)

Copyright © 2020 MedImpact Healthcare Systems, Inc. All rights reserved.

H5692_2026_0096 Compliance Approved 09.09.2025



Reclamo de Medicinas Recetadas de la Parte D de Medicare

PARTE 1

*Indica la información obligatoria

Número de identificación del suscriptor/titular principal de la tarjeta*	Número de grupo	
Nombre del Plan de Salud	Nombre del suscriptor principal*	DOB: (dd/mm/aaaa)* / /
Nombre del miembro: (nombre, segundo nombre, apellido)*	Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)* / /	Relación con el suscriptor principal Usted mismo ☐ Cónyuge ☐ Dependiente ☐
Dirección del suscriptor principal: (calle, ciudad, estado, código postal)		
Dirección alternativa: (calle, ciudad, estado, código postal)		
*Si no se especifica una dirección alternativa, la correspondencia y/o el pago se enviarán a la dirección del suscriptor principal registrada en su seguro de salud.		
Número de teléfono del miembro: ()		

Indique el motivo por el cual presenta manualmente estos reclamos (seleccione uno):

- ☐ Coordinación de beneficios: Los reclamos deben presentarse con los recibos de la farmacia que identifiquen los copagos pagados y una Explicación de Beneficios del asegurado principal (o el historial de medicinas recetadas de la farmacia que muestre el pago del seguro principal)
- ☐ Se utilizó la tarjeta de descuento
- ☐ Información del plan de salud o tarjeta de seguro no disponible en el momento de la compra
- ☐ Farmacia no participante en la red
- ☐ La farmacia no puede procesar el reclamo electrónicamente
- ☐ Emergencia: Si es una emergencia, describa la emergencia a continuación

La presentación manual de reclamos no garantiza el reembolso.

Describa la emergencia: _____

PARTE 2

Número de receta médica	Fecha del surtido* / /	Nuevo ☐ Surtido ☐ (Marque una)	Cantidad*	Suministro diario*	Código Nacional de Drogas (11 dígitos)*
Nombre y concentración de la medicina *			Nombre del doctor y número NPI Nombre: _____ NPI: _____		Precio de la medicina recetada* \$ Copago* \$

¿Es un compuesto? ☐ Sí ☐ No (Si la respuesta es sí, identifique los ingredientes del NDC y las cantidades en el Formulario de Reclamo de Compuestos)

PARTE 3

Coloque la Etiqueta de la Farmacia Aquí o Ingrese la Información Obligatoria:

Nombre de la farmacia*			Número de teléfono de la farmacia	
Dirección			NPI*	
Ciudad	Estado	Código postal	Firma del farmacéutico*	Fecha*

Entiendo que cualquier persona que consciente o intencionalmente distorsione, omita o falsifique la información solicitada en este formulario puede ser declarada culpable de un delito y/o estar sujeta a sanciones civiles o penales. Al firmar a continuación, certifico que he leído y comprendido este formulario y que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del miembro o representante autorizado*

Fecha*

NOTA: Si este formulario lo completa y firma un Representante Autorizado, este formulario debe estar acompañado de una Autorización de Representación



MedImpact.com

Copyright © 2020 MedImpact Healthcare Systems, Inc. All rights reserved.

Formulario de Reclamo de Medicinas Recetadas de la Parte D de Medicare

Formulario de Reclamo para Medicinas Múltiples

Debe adjuntarse a un formulario de Medicinas Recetadas Comerciales o de la Parte D

* Indica la Información Obligatoria

[illegible]



Reclamo de Medicinas Recetadas de la Parte D de Medicare

Formulario de Reclamo de Compuestos

La farmacia o el centro de dispensación debe completar la parte restante de este formulario y devolvérselo al miembro/paciente o proporcionarle al miembro/paciente un Formulario de Reclamo Universal para una Medicina Compuesta. *

- ☐ Proporcione un número de NDC de 11 dígitos para cada uno de los ingredientes de la medicina.
- ☐ Indique los ingredientes de la medicina y la cantidad.
- ☐ Indique la cantidad métrica dispensada en número de tabletas, gramos o mililitros para líquidos, cremas, ungüentos o inyectables.
- ☐ Indique la cantidad que el paciente pagó por la medicina recetada.

Medicinas Recetadas Compuestas

Solo para uso farmacéutico*

Cargo Total:

\$

Nota: Si la medicina o el medicamento se adquirió en un país extranjero, deberá convertirse la moneda a dólares estadounidenses.

La etiqueta de la medicina recetada original de la farmacia o el recibo de pago en efectivo deben acompañar este formulario de reclamo o el Formulario de Reclamo Universal para una medicina compuesta. Las etiquetas de las medicinas recetadas y los recibos no se devolverán; es posible que desee hacer copias para sus archivos.