

Instrucciones para el Formulario
“Sus Derechos y la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare”
Aviso de Farmacia

CMS-10147-SP

Un plan Medicare Parte D debe presentar este aviso a su red de farmacias para su uso en instruir a los afiliados para comunicarse con su plan Parte D (plan Medicare de recetas médicas) para obtener una determinación de cobertura, incluyendo un formulario de medicamentos o una excepción de nivel/categoría, si los afiliados están en desacuerdo con la información proporcionada por el farmacéutico. Este aviso puede ser distribuido a los afiliados o colocados en la farmacia. Las publicaciones de anuncios deben ser lo suficientemente grandes como para ser fácilmente leídos por el público. Este aviso cumple con los requisitos de 42 CFR § 423.562(a)(3).

Este es un aviso estándar. Los planes Parte D no podrán apartarse o desviarse del contenido de este aviso. Tenga en cuenta que el número de control OMB debe ser mostrado en la esquina superior derecha del aviso.

Título

No se requiere una insignia (logo). Las farmacias pueden elegir poner su insignia en el espacio disponible arriba de “Sus Derechos y la Cobertura de Recetas Médicas de Medicare”

La **Ley de Reducción de Papeleo de 1995**. Usted no está obligado a responder a una colección de información a menos que muestre un número válido de control de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, siglas en inglés). El número válido de control de OMB para esta colección de la información es 0938-0975. Calculamos que tardará un minuto para completar cada sección. Esto incluye el tiempo que se tardará en leer las instrucciones, reunir la información necesaria y llenar el formulario. Si usted tiene comentarios sobre la precisión del estimado que toma llenar este formulario o sugerencias de cómo mejorar este documento, por favor envíelos por escrito a: **CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05. Baltimore, Maryland 21244-1850.**