

Formulario de reclamación para el reembolso de las pruebas de COVID-19 para hacerse en casa sin receta

¡Importante!



- Si va a solicitar un reembolso de las pruebas de COVID-19 para hacerse en casa sin receta, tiene que completar y firmar el formulario de reclamación. No solicite este reembolso sin antes firmar el formulario de reclamación porque su pedido será rechazado.
- Guarde una copia de todos los documentos enviados para su registro.
- No engrape recibos u otros documentos a este formulario.
- El reembolso no está garantizado. Las reclamaciones están sujetas a las limitaciones, exclusiones y cláusulas del plan.
- No utilice este formulario de reclamación para solicitar el reembolso de otras reclamaciones de medicamentos recetados.

PASO 1

Titular de la tarjeta/información del paciente

Debe completar esta sección en su totalidad para asegurarse de que recibirá el reembolso correcto según su reclamación.

Información del titular de la tarjeta

Número de identificación (consulte su tarjeta de identificación)

Número de grupo/nombre del grupo

Apellido

Nombre

Inicial

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

País

Información del paciente: utilice un formulario de reclamación por separado para cada paciente

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento

Número telefónico

Relación con el miembro titular

Miembro Cónyuge Hijo/a Otro

Información de la farmacia

Nombre de la farmacia

¡Importante! DEBE firmar el documento.

AVISO

Certifico que compré las pruebas de COVID-19 para hacerse en casa sin receta para uso como diagnóstico personal, no para uso laboral, y no han sido ni serán reembolsadas por otro medio y no son para su reventa.

He leído y comprendido este formulario y doy fe de que toda la información ingresada aquí es verdadera y correcta.

Toda persona que busque estafar, perjudicar o engañar a una compañía de seguros intencionalmente y que envíe una reclamación o un formulario que incluya información falsa, engañosa o incompleta sobre una reclamación estará realizando una estafa a la compañía de seguros y esto se considera un delito y es posible que esa persona deba afrontar sanciones civiles o penales, incluidas multas, el rechazo de beneficios o el encarcelamiento.

(Solo para los miembros de Nueva York) Toda persona que busque estafar, perjudicar o engañar a una compañía de seguros intencionalmente, o si otra persona solicita un seguro o presenta una demanda que contenga información falsa, o que, con el propósito de engañar, oculte información sobre un hecho importante en este documento, estará estafando a la compañía de seguros, y esto se considera un delito y es posible que esa persona deba afrontar sanciones civiles que no superen los cinco mil dólares y el valor estipulado de la reclamación para cada una de las infracciones.

X

Firma del titular de la tarjeta (OBLIGATORIO)

Fecha

PASO 2 Requisitos de envío

DEBE incluir todos los recibos originales de la farmacia o caja, o el comprobante de compra en línea para poder procesar su reclamación. La información indispensable que se debe incluir en los recibos de la farmacia o caja, o en el comprobante en línea es la siguiente:

- Fecha de la compra
- Precio de la compra
- Nombre de la prueba de COVID-19 para hacerse en casa sin receta

Nombre de la prueba de COVID-19 para hacerse en casa sin receta: _____

Cantidad de pruebas de COVID-19 para hacerse en casa sin receta por las que solicita el reembolso (Por ejemplo: si compra un paquete de varias pruebas, cada prueba del paquete cuenta como una. De modo que un paquete de cuatro cuenta como el límite de cuatro pruebas): _____

Comentarios adicionales:

PASO 3 Envíe los formularios completos con los recibos a la siguiente dirección:

CVS Caremark
P.O. Box 53992
Phoenix, AZ 85072-3992

Para que el servicio sea más rápido, puede solicitar un reembolso en línea de las pruebas de COVID-19 para hacerse en casa a través de su cuenta de Caremark.com.