

Formulario de Reclamación de Reembolso de Medicamentos Recetados

¡Importante!



- Siempre espere hasta 30 días desde recibida la respuesta para dar tiempo a procesar y enviar la reclamación.
- Guarde una copia de todos los documentos enviados para sus expedientes.
- No engrape recibos ni adjuntos a este formulario.
- Reembolso no garantizado; otros contratistas revisarán la reclamación según limitaciones, exclusiones y disposiciones del plan.

PASO 1

Información del portador de la tarjeta/paciente

Complete toda la sección para asegurar el reembolso apropiado de la reclamación.

Información del portador de la tarjeta

Número de id. (consulte su tarjeta de ID)

Número de grupo/Nombre del grupo

Apellido

Nombre

Inic. 2º nombre

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

País

Información del paciente: Use un formulario de separado por paciente

Apellido

Nombre

Inic. 2º nombre

Fecha de nacimiento

Número de teléfono

Información de la farmacia

Nombre de la farmacia

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

REQUERIDO: Marque la casilla apropiada para presentar una reclamación en papel. La reclamación será devuelta si está incompleta. (pegue recibos o facturas detalladas en otra hoja)

Lleno este formulario debido a:

Alergia/Clínica alérgica

La farmacia no acepta el seguro

Compuesto

No tengo cobertura de seguro ahora

Otra: explique la razón abajo

Compré el medicamento fuera de EE. UU. (pegue recibos o facturas detalladas en otra hoja)

INDIQUE:

País/Región: _____

Divisa usada: _____

Otra información de seguro

Coordinación de Beneficios (COB)

¿Toma alguno de estos medicamentos por una lesión laboral? SÍ NO

¿El medicamento está cubierto por otro seguro grupal? SÍ NO

De ser así, la otra cobertura es:

PRIMARIA

SECUNDARIA

PARTE D DE MEDICARE

Si la otra cobertura es PRIMARIA, incluya la explicación de beneficios (EOB) con este formulario.

Nombre de la aseguradora:

ID#: _____

Información de la farmacia (Cont.)

Número de teléfono

¿La farmacia está en un hogar de ancianos? SÍ NO

NCPDP/NPI

X

Firma del Farmacéutico o Representante

¡Importante! Se REQUIERE de firma

AVISO

Todo aquel que, a sabiendas de lo que hace y con la intención de estafar, o engañar a una aseguradora, presente una reclamación o solicitud con información materialmente falsa, engañosa, incompleta o errónea en relación con la reclamación, podría estar cometiendo un acto de fraude de seguros, que es delito, y esta persona puede estar sujeta a sanciones penales o civiles, lo que incluye multas, rechazo de beneficios y/o encarcelamiento.

(Solo para miembros de Nueva York) Todo aquel que, a sabiendas y con la intención de estafar, perjudicar o engañar a una aseguradora, o si otra persona solicita un seguro o presenta una demanda con información falsa, o que, con el propósito de engañar, oculte aquí información sobre un hecho importante, estará estafando a la aseguradora, lo que es delito, y esta persona también puede estar sujeta a sanciones civiles que no superen los cinco mil dólares y el valor estipulado de la reclamación para cada una de las infracciones.

(Solo para miembros de California) Para su protección, la legislación de California exige que lo siguiente figure en este formulario: Todo aquel que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o reformar una cobertura de seguro o para una reclamación de pago por un siniestro es culpable de delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Certifico que yo (o mi dependiente elegible) hemos recibido el medicamento aquí descrito. Certifico que he leído y entiendo este formulario, y que toda la información contenida es cierta y correcta.

X

Firma del paciente (REQUERIDA)

Fecha

PASO 2 Requisitos de envío

Requisitos de reclamación: Incluir una prueba de compra junto con la información siguiente ya sea en el formulario de reclamación o en el recibo. (La prueba de compra puede ser un recibo de la farmacia o un recibo de registro en efectivo).

- Nombre del miembro
- Número de receta
- N.º de medicamento NDC
- Fecha de despacho
- Cantidad métrica
- Cargo total
- Días de suministro del medicamento (pídale al farmacéutico la información de "días de suministro")
- Nombre y dirección, o número NCPDP de la farmacia

Cantidad de recetas presentadas para el reembolso: _____

Número de identificación de proveedor nacional del médico (NPI) (obligatorio): _____

Información del médico recetante (completar todos los campos):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Comentarios adicionales:

PASO 3

Envíe los formularios completos con los recibos a:

CVS Caremark
P.O. Box 52136
Phoenix, Arizona 85072-2136

RECORDATORIO IMPORTANTE: Para no tener que presentar un formulario de reclamación en papel:

- Tenga su tarjeta de ID disponible cuando haga la compra.
- Siempre use farmacias de la red.
- Use medicamentos de su lista del formulario.
- Si hay problemas en la farmacia, llame al número al dorso de su tarjeta de ID.

Información de reclamación de la receta

Medicamento 1	Número de receta (Rx) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nombre del medicamento <input style="width: 95%;" type="text"/>	
	Código Nacional de Medicamento (NDC) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/YY) <input style="width: 80%;" type="text"/>	Total pagado (costo) <input style="width: 80%;" type="text"/>
	Número NPI del profesional <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cantidad de medicamento <input style="width: 80%;" type="text"/>	Días de suministro <input style="width: 80%;" type="text"/>
Medicamento 2	Número de receta (Rx) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nombre del medicamento <input style="width: 95%;" type="text"/>	
	Código Nacional de Medicamento (NDC) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/YY) <input style="width: 80%;" type="text"/>	Total pagado (costo) <input style="width: 80%;" type="text"/>
	Número NPI del profesional <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cantidad de medicamento <input style="width: 80%;" type="text"/>	Días de suministro <input style="width: 80%;" type="text"/>
Medicamento 3	Número de receta (Rx) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nombre del medicamento <input style="width: 95%;" type="text"/>	
	Código Nacional de Medicamento (NDC) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/YY) <input style="width: 80%;" type="text"/>	Total pagado (costo) <input style="width: 80%;" type="text"/>
	Número NPI del profesional <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cantidad de medicamento <input style="width: 80%;" type="text"/>	Días de suministro <input style="width: 80%;" type="text"/>
Medicamento 4	Número de receta (Rx) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nombre del medicamento <input style="width: 95%;" type="text"/>	
	Código Nacional de Medicamento (NDC) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/YY) <input style="width: 80%;" type="text"/>	Total pagado (costo) <input style="width: 80%;" type="text"/>
	Número NPI del profesional <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cantidad de medicamento <input style="width: 80%;" type="text"/>	Días de suministro <input style="width: 80%;" type="text"/>
Medicamento 5	Número de receta (Rx) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nombre del medicamento <input style="width: 95%;" type="text"/>	
	Código Nacional de Medicamento (NDC) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/YY) <input style="width: 80%;" type="text"/>	Total pagado (costo) <input style="width: 80%;" type="text"/>
	Número NPI del profesional <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cantidad de medicamento <input style="width: 80%;" type="text"/>	Días de suministro <input style="width: 80%;" type="text"/>
Medicamento 6	Número de receta (Rx) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nombre del medicamento <input style="width: 95%;" type="text"/>	
	Código Nacional de Medicamento (NDC) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/YY) <input style="width: 80%;" type="text"/>	Total pagado (costo) <input style="width: 80%;" type="text"/>
	Número NPI del profesional <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cantidad de medicamento <input style="width: 80%;" type="text"/>	Días de suministro <input style="width: 80%;" type="text"/>

Información de reclamación por alergias

Alergia 1	Fecha de compra (MM/DD/YY) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cantidad de ampollas <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en consultorio. (Costo) <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Cantidad de tratamientos <input style="width: 90%;" type="text"/> Dosis única Multidosis	Días de suministro <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cargo por preparación de extracto de alérgico fuera del consultorio. (Costo) <input style="width: 90%;" type="text"/>
	La ampolla contiene Antígeno único Multiantígeno	Administrado por Médico Enfermero Por sí mismo	Cargo total solo por extracción de alérgico. (Costo) <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Instrucciones		
Ingredientes			
Alergia 2	Fecha de compra (MM/DD/YY) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cantidad de ampollas <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en consultorio. (Costo) <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Cantidad de tratamientos <input style="width: 90%;" type="text"/> Monodosis Multidosis	Días de suministro <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cargo por preparación de extracto de alérgico fuera del consultorio. (Costo) <input style="width: 90%;" type="text"/>
	La ampolla contiene Antígeno único Multiantígeno	Administrado por Médico Enfermero Por sí mismo	Cargo total solo por extracto de alérgico. (Costo) <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Instrucciones		
Ingredientes			
Alergia 3	Fecha de compra (MM/DD/YY) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cantidad de ampollas <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en consultorio. (Costo) <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Cantidad de tratamientos <input style="width: 90%;" type="text"/> Monodosis Multidosis	Días de suministro <input style="width: 90%;" type="text"/>	Cargo por preparación de extracto de alérgico fuera del consultorio. (Costo) <input style="width: 90%;" type="text"/>
	La ampolla contiene Antígeno único Multiantígeno	Administrado por Médico Enfermero Por sí mismo	Cargo total solo por extracto de alérgico. (Costo) <input style="width: 90%;" type="text"/>
	Instrucciones		
Ingredientes			