



Formulario de reclamo de reembolso de recetas médicas



Tenga en cuenta que:

- * Recibir una respuesta puede tardar hasta 30 días a partir del momento en que envié este formulario. Esto da tiempo para el envío por correo y la tramitación.
- * Haga una copia de este formulario, todos los recibos y cualquier otro documento. Consérvelos para sus archivos.
- * No engrape ni pegue ningún recibo ni otro documento a este formulario.
- * Enviar este reclamo no significa que se le reembolsará. El contratista revisará su solicitud, que debe cumplir con ciertas reglas, límites y exclusiones del plan.



PASO 1 Información del titular de la tarjeta/del paciente

Complete toda esta sección. Los campos incorrectos o en blanco pueden ralentizar o detener su reclamo.

Información del titular de la tarjeta

Número de identificación

N.º de grupo/nombre del grupo

Nombre (Apellido)

(Primer nombre)

(Inicial del segundo nombre)

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

País

Información del paciente: utilice un

formulario de reclamación distinto para cada

Nombre (Apellido)

(Primer nombre)

(Inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Masculino

Femenino

Número de teléfono

Relación con el afiliado:

Por sí mismo

Cónyuge/pareja de hecho

Hijo(a)

Otra información sobre seguros

COB (Coordinación de beneficios)

¿Alguno de estos medicamentos era para una lesión laboral? Sí No

¿Alguno está cubierto por otro plan de seguro colectivo? Sí No

Si la respuesta es sí, el otro es su plan: Principal Secundario

Si es su plan principal, envíe la explicación de los beneficios del plan junto con este formulario.

Complete el nombre del plan _____ y su número de identificación del plan _____

Importante La firma es OBLIGATORIA

NOTICE

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, dañar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo o solicitud que contenga información materialmente falsa, engañosa, incompleta o confusa relacionada con dicho reclamo, puede incurrir en un acto fraudulento de seguro, lo cual es un delito y tal persona puede ser objeto de sanciones penales o civiles, incluidas multas, denegación de beneficios o encarcelamiento.

Certifico que yo (o mi dependiente elegible) hemos recibido el medicamento descrito en este documento. Certifico que he leído y comprendo este formulario y que toda la información ingresada en este formulario es verdadera y correcta.

X

Firma de la persona inscrita en el plan

Fecha

PASO 2 Requisitos de envío:

DEBE incluir todos los recibos originales de la "farmacia" para que se tramite su reclamo. A continuación, se indica la información mínima que debe incluirse en sus recibos de farmacia:

- Nombre del paciente
- Número de receta médica
- Número del NDC del medicamento
- Fecha de llenado
- Cantidad en unidades métricas
- Cargo total
- Suministro en días para su receta (debe solicitar a su farmacéutico esta información sobre el "suministro por día")
- Nombre y dirección de la farmacia o número de la NABP de la farmacia

Si el número NPI (Identificación nacional de proveedores) del médico que prescribe está disponible, suminístrelo: _____

Si es de un país extranjero, complete a continuación:

País: _____ Moneda: _____ Monto: _____

Comentarios adicionales

PASO 3 Instrucciones de envío por correo:

Envíe por correo su formulario de reclamo debidamente completado y el recibo de respaldo a la siguiente dirección:

CVS Caremark
P.O. Box 52136

Phoenix, Arizona 85072-2136

RECORDATORIO IMPORTANTE

Puede evitar tener que enviar formularios de reclamación en papel si:

- Lleva siempre consigo la tarjeta de identificación de recetas médicas
- Utiliza siempre farmacias dentro de la red (encuéntrelas en Caremark.com)
- Utiliza medicamentos cubiertos (consulte la lista de medicamentos del plan)
- Llama al número que aparece al reverso de su tarjeta de identificación, si hay problemas en la farmacia