

Formulario de Reclamación de Reembolso de Medicamentos Recetados

¡Importante!



- Siempre deje pasar hasta 30 días desde el momento que reciba la respuesta para dar tiempo al procesamiento de la reclamación y al envío.
- Guarde una copia de todos los documentos enviados para sus expedientes.
- No engrape los recibos o adjuntos a este formulario.
- No se garantiza el reembolso, y otros contratistas revisarán las reclamaciones sujeto a limitaciones, exclusiones y disposiciones del plan.

PASO 1 Información del portador de la tarjeta/paciente

Esta sección debe completarse por completo para asegurar el reembolso apropiado de su reclamación.

Información del portador de la tarjeta

Número de identificación (consulte su tarjeta de ID)

Número de grupo/Nombre del grupo

Apellido

Nombre

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

País

Información del paciente: Use un formulario de reclamación separado para cada paciente

Apellido

Nombre

Fecha de nacimiento

Masculino

Femenino

Número de teléfono

Relación con el miembro principal

Miembro

Cónyuge

Hijo

Otro

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. (adjunte los recibos o facturas detalladas en otra hoja de papel)

La razón por la que lleno este formulario es:

- Alergia/Clinica del alérgeno
- La farmacia no acepta el seguro
- Compuesto
- No tengo cobertura de seguro en este momento
- Otra—explique la razón abajo

El medicamento fue comprado fuera de los Estados Unidos (adjunte los recibos o facturas detalladas en otra hoja de papel)

INDIQUE:

País: _____

Divisa usada: _____

Otra información de seguro

Coordinación de Beneficios (COB)

¿Algunos de estos medicamentos se toman para una lesión ocurrida en el trabajo? SÍ NO

¿El medicamento está cubierto bajo cualquier otro seguro grupal? SÍ NO

De ser así, la otra cobertura es:

- PRIMARIA SECUNDARIA
- PARTE D DE MEDICARE

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

Nombre de la compañía de seguros:

N.º: _____

Información de la farmacia (Cont.)

Número de teléfono

¿Es esta una farmacia ubicada en un asilo de ancianos?

SÍ NO

NCPDP/NPI Requerido

X

Firma del Farmacéutico o Representante

¡Importante! Se REQUIERE de firma

AVISO

Cualquier persona que, con conocimiento de lo que hace y con la intención de defraudar, lesionar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una reclamación o solicitud que contenga información materialmente falsa, engañosa, incompleta o errónea en relación con dicha reclamación, podría estar cometiendo un acto de fraude de seguros, el cual es un delito, y dicha persona puede estar expuesta a penalidades criminales o civiles, incluyendo multas, rechazo de beneficios y/o encarcelamiento.

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 en este formulario es cierta y correcta.

X

Firma del paciente (REQUERIDA)

Fecha

PASO 2 Requisitos de envío

Usted DEBE incluir todos los recibos originales de la "farmacia" para que su reclamación sea procesada. Los "recibos de caja" SÓLO se aceptarán para suministros para la diabetes. La información mínima que debe estar incluida en sus recibos está a continuación:

- Nombre del paciente
- Fecha de despacho
- Suministro de días para su medicamento (pídale al farmacéutico la información del "suministro de días")
- Nombre y dirección de la farmacia o número NCPDP de la farmacia
- Número de receta
- Cantidad métrica
- Número de medicina NDC
- Cargo total

Número de recetas que presenta para el reembolso: _____

Número NPI (Identificación Nacional del Proveedor) válido del Médico Recetante (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 evitar tener que presentar un formulario de reclamación en papel:

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

Información de reclamación por alergias

Alergia 1	Fecha de compra (MM/DD/YY) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad de ampollas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en el consultorio. (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Cantidad de tratamientos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Monodosis <input type="checkbox"/> Multidosis	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Cargo por preparación de extracto de alérgico en un lugar distinto al del consultorio. (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	La ampolla contiene <input type="checkbox"/> Antígeno sencillo <input type="checkbox"/> Multiantígeno	Administrado por <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> El propio paciente		Cargo total solamente por extracto de alérgico. (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Instrucciones			
Ingredientes				

Alergia 2	Fecha de compra (MM/DD/YY) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad de ampollas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en el consultorio. (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Cantidad de tratamientos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Monodosis <input type="checkbox"/> Multidosis	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Cargo por preparación de extracto de alérgico en un lugar distinto al del consultorio. (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	La ampolla contiene <input type="checkbox"/> Antígeno sencillo <input type="checkbox"/> Multiantígeno	Administrado por <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> El propio paciente		Cargo total solamente por extracto de alérgico. (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Instrucciones			
Ingredientes				

Alergia 3	Fecha de compra (MM/DD/YY) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad de ampollas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en el consultorio. (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Cantidad de tratamientos <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Monodosis <input type="checkbox"/> Multidosis	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Cargo por preparación de extracto de alérgico en un lugar distinto al del consultorio. (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	La ampolla contiene <input type="checkbox"/> Antígeno sencillo <input type="checkbox"/> Multiantígeno	Administrado por <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> El propio paciente		Cargo total solamente por extracto de alérgico. (Monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Instrucciones			
Ingredientes				

BORRAR FORMULARIO