

**¡Importante!**



- Espere hasta 30 días para el procesamiento y envío de las reclamaciones. **Para una revisión más rápida, puede solicitar un reembolso a través de su cuenta de Caremark.com.**
- Guarde una copia de todos los documentos presentados para sus registros.
- No engrape los recibos ni los archivos adjuntos a este formulario.
- El reembolso no está garantizado. Las reclamaciones están sujetas a las limitaciones, exclusiones y disposiciones del plan.
- Se deben completar todas las secciones. Los envíos incompletos se devolverán.
- Proporcionenos el recibo de farmacia o imprímalo.
- Complete un formulario por cada miembro.

## PASO 1

### Información del titular de la tarjeta/miembro

#### Información del titular de la tarjeta

Núm. de identificación (consulte su tarjeta de identificación)

Número de grupo/nombre del grupo

Apellido

Nombre

Inicial del 2.º nombre

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

País

**OBLIGATORIO:** Marque la casilla correspondiente a sus motivos para la presentación de una reclamación en papel.

☐ Clínica de alergias/alérgenos  
☐ La farmacia no acepta el seguro  
☐ Medicamento compuesto  
☐ No contaba con cobertura de seguro en ese momento  
☐ Viaje dentro de EE. UU.  
☐ Desastre natural/emergencia  
☐ Tarjeta de seguro no disponible  
☐ Apelación de la reclamación  
☐ Solicitud de una excepción de nivel  
☐ Se necesita aprobación previa  
☐ Otros: proporcione el motivo a continuación

☐ Medicamento comprado fuera de EE. UU.

INDIQUE:

País/región: \_\_\_\_\_

Divisa utilizada: \_\_\_\_\_

#### Información de miembro

Apellido

Nombre

Inicial del 2.º nombre

Fecha de nacimiento

Número de teléfono

#### Información sobre farmacias

Nombre de la farmacia

Dirección

Ciudad

Estado Código Postal

#### Otra información sobre el seguro

##### Coordinación de los beneficios (COB)

¿Se está tomando alguno de estos medicamentos para una lesión que ocurrió en el trabajo? ☐ SÍ ☐ NO

¿El medicamento está cubierto por algún otro grupo de seguro? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es SÍ, ¿qué tipo de cobertura?:

☐ PRINCIPAL ☐ SECUNDARIA  
☐ PARTE D DE MEDICARE

Si la otra cobertura es su cobertura PRINCIPAL, incluya la Explicación de beneficios (EOB) con este formulario.

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

N.º DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

## Información de la farmacia (continuación)

Número de teléfono      ¿Es esta una farmacia dentro de un hogar de convalecencia?    **SÍ**    **NO**    NCPDP/NPI

X

Firma del farmacéutico o representante

## ¡Importante! Se REQUIERE una firma

### AVISO

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, perjudicar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una reclamación o solicitud que contenga información materialmente falsa, engañosa, incompleta o errónea relacionada con dicha reclamación puede estar cometiendo un acto fraudulento de seguros, que es un delito y puede someter a dicha persona a sanciones penales o civiles, entre ellas, multas, denegación de beneficios o prisión.

(Solo para miembros de New York) Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude, perjudicar o engañar a cualquier compañía de seguro u otra persona, presenta una solicitud de seguro o una declaración de reclamación con información sustancialmente falsa, u oculta, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho material en relación con esto, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito. Además, dicha persona puede estar sujeta a una sanción penal que no debe superar los cinco mil dólares y el valor indicado de la reclamación para cada violación.

(Solo para miembros de California) Para su protección, la ley de California exige que en este formulario aparezca lo siguiente: Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para hacer una reclamación por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

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

X

Firma del miembro (OBLIGATORIO)

Fecha

## PASO 2 Información de la persona autorizada a dar recetas

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## PASO 3 Envíe por correo los formularios completados con los recibos a:

CVS Caremark Add return.

P.O. Box 52136

Phoenix, Arizona 85072-2136

### RECORDATORIO IMPORTANTE: Para evitar tener que presentar un formulario de reclamación en papel:

- Tenga siempre a mano su tarjeta de identificación en el momento de la compra.
- Utilice siempre farmacias dentro de su red.
- Use los medicamentos de la lista de su formulario.
- Si tiene problemas en la farmacia, llame al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación.

Comentarios:

## Información requerida sobre la reclamación

|                          |                                                                                  |                               |                      |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| Medicamento con receta 1 | Número de receta                                                                 | Nombre del medicamento        |                      |
|                          | Número del Código Nacional de Medicamentos (NDC)                                 | Fecha de obtención (MM/DD/AA) | Total pagado (costo) |
|                          | Número de identificación nacional del proveedor (NPI) del profesional que receta | Cantidad de medicamento       | Días de suministro   |
| Medicamento con receta 2 | Número de receta                                                                 | Nombre del medicamento        |                      |
|                          | Número del NDC                                                                   | Fecha de obtención (MM/DD/AA) | Total pagado (costo) |
|                          | Número de NPI del profesional que receta                                         | Cantidad de medicamento       | Días de suministro   |
| Medicamento con receta 3 | Número de receta                                                                 | Nombre del medicamento        |                      |
|                          | Número del NDC                                                                   | Fecha de obtención (MM/DD/AA) | Total pagado (costo) |
|                          | Número de NPI del profesional que receta                                         | Cantidad de medicamento       | Días de suministro   |
| Medicamento con receta 4 | Número de receta                                                                 | Nombre del medicamento        |                      |
|                          | Número del NDC                                                                   | Fecha de obtención (MM/DD/AA) | Total pagado (costo) |
|                          | Número de NPI del profesional que receta                                         | Cantidad de medicamento       | Días de suministro   |
| Medicamento con receta 5 | Número de receta                                                                 | Nombre del medicamento        |                      |
|                          | Número del NDC                                                                   | Fecha de obtención (MM/DD/AA) | Total pagado (costo) |
|                          | Número de NPI del profesional que receta                                         | Cantidad de medicamento       | Días de suministro   |
| Medicamento con receta 6 | Número de receta                                                                 | Nombre del medicamento        |                      |
|                          | Número del NDC                                                                   | Fecha de obtención (MM/DD/AA) | Total pagado (costo) |
|                          | Número de NPI del profesional que receta                                         | Cantidad de medicamento       | Días de suministro   |

## Información sobre reclamaciones por alergias

|                  |                                                                  |                                                             |                                                                                                      |
|------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Alergia 1</b> | <b>Fecha de compra (MM/DD/AA)</b>                                | <b>Número de viales</b>                                     | <b>Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en su consultorio. (Costo)</b>                 |
|                  | <b>Número de tratamientos</b><br><br>Dosis única      Multidosis | <b>Días de suministro</b>                                   | <b>Cargo por la preparación del extracto alérgico en un lugar que no sea su consultorio. (Costo)</b> |
|                  | <b>El vial contiene</b><br>Antígeno único<br>Multiantígeno       | <b>Administrado por</b><br>Médico<br>Profesionales<br>Usted | <b>Cargo total solo para el extracto alérgico. (Costo)</b>                                           |
|                  | <b>Preparación</b>                                               |                                                             |                                                                                                      |
|                  | <b>Ingredientes</b>                                              |                                                             |                                                                                                      |
| <b>Alergia 2</b> | <b>Fecha de compra (MM/DD/AA)</b>                                | <b>Número de viales</b>                                     | <b>Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en su consultorio. (Costo)</b>                 |
|                  | <b>Número de tratamientos</b><br><br>Dosis única      Multidosis | <b>Días de suministro</b>                                   | <b>Cargo por la preparación del extracto alérgico en un lugar que no sea su consultorio. (Costo)</b> |
|                  | <b>El vial contiene</b><br>Antígeno único<br>Multiantígeno       | <b>Administrado por</b><br>Médico<br>Profesionales<br>Usted | <b>Cargo total solo para el extracto alérgico. (Costo)</b>                                           |
|                  | <b>Preparación</b>                                               |                                                             |                                                                                                      |
|                  | <b>Ingredientes</b>                                              |                                                             |                                                                                                      |
| <b>Alergia 3</b> | <b>Fecha de compra (MM/DD/AA)</b>                                | <b>Número de viales</b>                                     | <b>Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en su consultorio. (Costo)</b>                 |
|                  | <b>Número de tratamientos</b><br><br>Dosis única      Multidosis | <b>Días de suministro</b>                                   | <b>Cargo por la preparación del extracto alérgico en un lugar que no sea su consultorio. (Costo)</b> |
|                  | <b>El vial contiene</b><br>Antígeno único<br>Multiantígeno       | <b>Administrado por</b><br>Médico<br>Profesionales<br>Usted | <b>Cargo total solo para el extracto alérgico. (Costo)</b>                                           |
|                  | <b>Preparación</b>                                               |                                                             |                                                                                                      |
|                  | <b>Ingredientes</b>                                              |                                                             |                                                                                                      |