

Formulario de reclamación de medicamentos recetados

¡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

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

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

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