

¡Importante!



- Siempre deje pasar hasta 30 días desde el momento que reciba la respuesta para permitir el procesamiento de la reclamación y el 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 identificación)

Número de grupo/Nombre del grupo

Apellido

Nombre

Inicial ^{2do} nombre

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

País

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

Apellido

Nombre

Inicial ^{2do} nombre

Fecha de nacimiento

Masculino

Femenino

Número de teléfono

Relación con el miembro principal

Miembro

Cónyuge

Hijo

Otra

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 los recibos y/o otra factura detallada en otra hoja)

La razón por la que lleno este formulario es:

- Alergia/Clínica alérgica
- 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 (Pegue los recibos y/o otra factura detallada en otra hoja)

INDIQUE

País: _____

Divisa usada: _____

Otra información de seguro

Coordinación de Beneficios (COB)

¿Está tomando alguno de estos medicamentos por 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 la otra cobertura es PRIMARIA, incluya la Explicación de Beneficios (EOB) con este formulario.

Nombre de la compañía de seguros:

ID#: _____

Información de la farmacia (Cont.)

Número de teléfono

¿Es esta una farmacia ubicada en una casa de retiro?

Sí

No

NCPDP/NPI Requerido

X

Firma del Farmacéutico o Representante

¡Importante! Se REQUIERE de firma

AVISO

Cualquier persona que, a sabiendas 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 cualquier información falsa, engañosa, incompleta o errónea en relación con dicha reclamación, podría estar cometiendo un acto de fraude de seguros, lo 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 ingresada en este formulario es veraz 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 de compuestos que presenta para el reembolso: _____

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

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 identificación 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.

Información de reclamación de medicamentos recetados

Medicamento 1	Número de receta (Rx) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre del medicamento <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Número del Código Nacional de Medicamento (NDC) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/AA) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Total pagado (monto en \$) <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Número de identificación NPI del profesional <input style="width: 100%;" type="text"/>	Cantidad de medicamento <input style="width: 100%;" type="text"/>	Días de suministro <input style="width: 100%;" type="text"/>
Medicamento 2	Número de receta (Rx) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre del medicamento <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Número del Código Nacional de Medicamento (NDC) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/AA) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Total pagado (monto en \$) <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Número de identificación NPI del profesional <input style="width: 100%;" type="text"/>	Cantidad de medicamento <input style="width: 100%;" type="text"/>	Días de suministro <input style="width: 100%;" type="text"/>
Medicamento 3	Número de receta (Rx) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre del medicamento <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Número del Código Nacional de Medicamento (NDC) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/AA) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Total pagado (monto en \$) <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Número de identificación NPI del profesional <input style="width: 100%;" type="text"/>	Cantidad de medicamento <input style="width: 100%;" type="text"/>	Días de suministro <input style="width: 100%;" type="text"/>
Medicamento 4	Número de receta (Rx) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre del medicamento <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Número del Código Nacional de Medicamento (NDC) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/AA) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Total pagado (monto en \$) <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Número de identificación NPI del profesional <input style="width: 100%;" type="text"/>	Cantidad de medicamento <input style="width: 100%;" type="text"/>	Días de suministro <input style="width: 100%;" type="text"/>
Medicamento 5	Número de receta (Rx) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre del medicamento <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Número del Código Nacional de Medicamento (NDC) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/AA) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Total pagado (monto en \$) <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Número de identificación NPI del profesional <input style="width: 100%;" type="text"/>	Cantidad de medicamento <input style="width: 100%;" type="text"/>	Días de suministro <input style="width: 100%;" type="text"/>
Medicamento 6	Número de receta (Rx) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nombre del medicamento <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	Número del Código Nacional de Medicamento (NDC) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/AA) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Total pagado (monto en \$) <input style="width: 100%;" type="text"/>
	Número de identificación NPI del profesional <input style="width: 100%;" type="text"/>	Cantidad de medicamento <input style="width: 100%;" type="text"/>	Días de suministro <input style="width: 100%;" type="text"/>

Información de reclamación de alergias

Alergia 1	Fecha de compra (MM/DD/AA) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Número de ampollas <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en su oficina. (\$ Monto) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Número de tratamientos <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Dosis única <input type="checkbox"/> Multidosis	Días de suministro <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Costo de la preparación de un extracto alérgico en un lugar distinto a su oficina. (\$ Monto) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	La ampolla contiene <input type="checkbox"/> Antígeno único <input type="checkbox"/> Multi-antígeno	Administrado por <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermero <input type="checkbox"/> Por sí mismo	Cargo total por el extracto alérgico solamente. (\$ Monto) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Instrucciones 		
Ingredientes 			
Alergia 2	Fecha de compra (MM/DD/AA) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Número de ampollas <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en su oficina. (\$ Monto) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Número de tratamientos <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Dosis única <input type="checkbox"/> Multidosis	Días de suministro <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Costo de la preparación de un extracto alérgico en un lugar distinto a su oficina. (\$ Monto) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	La ampolla contiene <input type="checkbox"/> Antígeno único <input type="checkbox"/> Multi-antígeno	Administrado por <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermero <input type="checkbox"/> Por sí mismo	Cargo total por el extracto alérgico solamente. (\$ Monto) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Instrucciones 		
Ingredientes 			
Alergia 3	Fecha de compra (MM/DD/AA) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Número de ampollas <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en su oficina. (\$ Monto) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Número de tratamientos <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Dosis única <input type="checkbox"/> Multidosis	Días de suministro <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Costo de la preparación de un extracto alérgico en un lugar distinto a su oficina. (\$ Monto) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	La ampolla contiene <input type="checkbox"/> Antígeno único <input type="checkbox"/> Multi-antígeno	Administrado por <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermero <input type="checkbox"/> Por sí mismo	Cargo total por el extracto alérgico solamente. (\$ Monto) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Instrucciones 		
Ingredientes 			