

CVS/caremark™ Formulario de reclamaciones de reembolso de recetas

¡Importante!

- Siempre espere hasta 30 días desde el momento en que recibe la respuesta para dar tiempo al correo y al procesamiento de reclamaciones.
- Guarde una copia de todos los documentos enviados para su registro.
- No engrape o pegue recibos u otros documentos a este formulario.
- El reembolso no está garantizado y otro contratista revisará las reclamaciones, las cuales están sujetas a las limitaciones, exclusiones y disposiciones del plan.



PASO 1 Titular de la tarjeta/información del paciente Debe completar esta sección en su totalidad para asegurarse de que recibirá el reembolso correcto según su reclamación.

Titular de la tarjeta/información del paciente

Número de identificación (consulte su tarjeta de seguro)

N.º de grupo/nombre del grupo

Nombre (Apellido)

(Nombre)

(Inicial del segundo nombre)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

País

Información del paciente: utilice un formulario de reclamación por separado para cada paciente.

Nombre (Apellido)

(Nombre)

(Inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)

Hombre

Mujer

Número de teléfono

Relación con el miembro titular

Miembro

Cónyuge

Hijo/a

Otro _____

¿Toma alguno de estos medicamentos debido a una lesión en el lugar de trabajo? Sí No

¿Le cubren estos medicamentos en otro seguro de grupo? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, esta cobertura es: Primaria Secundaria

Si otra cobertura es "Primaria", incluya la explicación de beneficios (EOB, por su sigla en inglés) en este formulario.

Nombre de la compañía de seguro _____ N.º de identificación _____

¡Importante! DEBE firmar el documento.

AVISO

Toda persona que busque estafar, perjudicar o engañar a una compañía de seguro intencionalmente y que envíe una reclamación o un formulario que incluya información falsa, engañosa o incompleta sobre una reclamación estará realizando una estafa a la compañía de seguro y esto se considera un delito y es posible que esa persona deba afrontar sanciones civiles o penales, incluidas multas, el rechazo de beneficios o el encarcelamiento.

Certifico que yo (o mi dependiente que reúne los requisitos) he recibido los medicamentos descritos en este documento. Certifico que he leído y he comprendido este formulario y que toda la información ingresada aquí es verdadera y correcta.

X

Firma del miembro/tutor

Fecha

PASO 2**Requisitos de envío:**

DEBE incluir todos los recibos originales o el historial del paciente de su farmacia para que se pueda procesar su reclamación. Los recibos de la caja registradora se aceptarán únicamente para los suministros diabéticos. La información mínima que se requiere es:

- Nombre del paciente
- Fecha de surtido
- Cargo total
- Número de receta
- Cantidad
- Nombre y dirección de la farmacia o N.º NABP de la farmacia
- N.º NDC de medicamento
- Días de suministro

Se requiere que proporcione un número válido de NPI

(Identificación de proveedor nacional) del médico que le receta el medicamento: _____

Información sobre el médico que le receta el medicamento (todos los campos son obligatorios):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: _____

Sección de comentarios

PASO 3**Enviar por correo a:**

CVS/caremark
P.O. Box 52136
Phoenix, Arizona 85072-2136

RECORDATORIOS IMPORTANTES

Para evitar tener que enviar un formulario de reclamación por escrito:

- Siempre presente su tarjeta cuando realice una compra.
- Siempre utilice farmacias de su red.
- Utilice medicamentos del listado del formulario.
- Si surgen problemas en la farmacia, comuníquese al número que figura al dorso de su tarjeta.
- Debe firmar los formularios de reclamación.
- Los formularios de reclamación que no estén firmados no podrán ser procesados y serán devueltos.
- Las reclamaciones se deben recibir dentro de los 90 días desde la fecha del servicio.