

Esta receta estaba cubierta por un programa de asistencia a pacientes del fabricante

**¡Importante!**



- \* Siempre espere hasta 30 días desde el momento en que recibe una respuesta considerando el tiempo que se tarda el correo, además del tiempo de procesamiento de la reclamación.
- \* Conserve una copia de todos los documentos que envió para sus registros.
- \* No engrape ni coloque cinta adhesiva a los recibos o documentos que adjunta a este formulario.

**PASO 1 Información del Titular de la Tarjeta/Paciente**

Esta sección se debe completar en su totalidad para garantizar el reembolso adecuado de su reclamación.

**Información del Titular de la Tarjeta**

Número de Identificación (consulte su tarjeta para medicamentos con receta)

Nombre (Apellido)

Número del Grupo/Nombre del Grupo

(Nombre)

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

**Información del Paciente: Utilice un formulario de reclamación por separado para cada paciente.**

Nombre (Apellido)

Nombre (Nombre)

(Seg. Nombre)

Fecha de Nacimiento

Masculino  Femenino

Número de Teléfono

Tipo de relación con el miembro Principal

Miembro  Cónyuge  Hijo(a)  Otro \_\_\_\_\_

**Otra Información del Seguro**

**COB (Coordinación de Beneficios)**

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

¿Está el medicamento cubierto por algún otro seguro grupal?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, la otra cobertura es:  Principal  Secundaria

Si la otra cobertura es Principal, incluya la explicación de los beneficios (EOB) en este formulario.

Nombre de la Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_ N.º de Id. \_\_\_\_\_

**¡Importante! La firma es OBLIGATORIA**

**AVISO**

Toda persona que, a sabiendas y con el fin de estafar, perjudicar o engañar a alguna compañía aseguradora, envíe una reclamación o solicitud que contenga información sustancialmente falsa, engañosa, falaz o incompleta en relación con dicha reclamación, podría estar cometiendo un acto fraudulento contra la aseguradora, lo que constituye un delito que podría tener sanciones civiles y criminales que incluyen multas, el rechazo de los beneficios y/o prisión.

Certifico que yo (o mi persona dependiente elegible) recibí los medicamentos descritos en este documento. Certifico que leí y comprendí este formulario, y que toda la información ingresada en este formulario es correcta y corresponde a la verdad.

**X**

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante del Plan

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PASO 2

### Requisitos para el Envío:

DEBE incluir todos los recibos originales de la “farmacia” para que se pueda procesar su reclamación. Los recibos de la “Caja registradora” se aceptarán únicamente en suministros para personas con diabetes. A continuación se detalla la información mínima que debe incluir en sus recibos de farmacia:

- Nombre del paciente
- Fecha de compra
- Días de suministro para sus medicamentos recetados (pregunte a su farmacéutico esta información relativa a los “Días de suministro”)
- Nombre y dirección de la Farmacia o número NABP de la Farmacia
- Número de receta
- Cantidad métrica
- Número NDC del medicamento
- Cargos totales

Se requiere un número de NPI (Número Nacional de Identificación de Proveedor) válido del Médico Emisor de la Receta; proporciónelo aquí: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales

## PASO 3

### Instrucciones para el Envío por Correo:

Enviar a:  
CVS Caremark  
P.O. Box 52066  
Phoenix, AZ 85072-2066

### RECORDATORIO IMPORTANTE

Para evitar tener que enviar un formulario de reclamación en papel:

- Siempre tenga disponible la tarjeta en el momento de la compra.
- Siempre utilice farmacias que sean parte de la red.
- Utilice los medicamentos de su lista de formulario.
- Si tiene algún problema en la farmacia, llame al número que aparece al reverso de su tarjeta.