

Tenga en cuenta lo siguiente:

- * Pueden pasar hasta 30 días desde que envió este formulario para recibir una respuesta. Esto permite tiempo para el correo y el procesamiento.
- * Haga una copia de este formulario, todos los recibos y otros documentos. Guárdelas para sus registros.
- * No abroche ni pegue con cinta ningún recibo u otro documento a este formulario.
- * Presentar esta reclamación no significa que se le reembolsará el dinero. El contratista revisará su solicitud, que debe cumplir con ciertas reglas, límites y exclusiones del plan.



PASO 1 Información del titular de la tarjeta o paciente

Rellene toda esta sección.

Los artículos incorrectos o en blanco pueden retrasar o detener su reclamación.

Información del titular de la tarjeta

Número de identificación

Núm. de grupo/nombre del grupo

Nombre (Apellido)

(Nombre)

(Inicial del segundo nombre)

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

País

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

Nombre (Apellido)

(Nombre)

(Inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Masculino

Femenino

Número de teléfono

Relación con el inscrito

Usted mismo

☐

Cónyuge/pareja doméstica

☐

Hijo

☐

Información sobre otro seguro

COB (Coordinación de Beneficios)

¿Alguno de estos medicamentos fue por una lesión en el trabajo? ☐ Sí ☐ No

¿Alguno está cubierto por otro plan de seguro grupal? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿el otro plan es su...? ☐ Primario ☐ Secundario

Si es su seguro primario, envíe la explicación de beneficios del plan con este formulario.

Ingrese el nombre del plan _____ y su número de identificación del plan _____

Importante: La firma es OBLIGATORIA

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 fundamentalmente falsa, engañosa, incompleta o errónea relacionada con dicha reclamación puede estar cometiendo un acto de fraude de seguros que es un delito y se puede someter a dicha persona a sanciones penales o civiles, lo que incluye multas, denegación de beneficios o prisión.

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

X

Firma del inscrito en el plan

Estos servicios están financiados en parte por el estado de New Mexico.

Fecha

(Dar vuelta)

PASO 2 Requisitos para el envío:

DEBE incluir todos los recibos originales de “farmacia” para que se procese su reclamación. La información mínima que debe incluirse en sus recibos de farmacia se detalla a continuación:

- Nombre del paciente
- Número de receta médica
- Número de Código Nacional de Medicamentos (NDC) del medicamento
- Fecha del surtido
- Cantidad métrica
- Cargo total
- Suministro de días para su medicamento recetado (debe solicitarle a su farmacéutico esta información de “días de suministro”)
- Nombre de la farmacia y dirección o número de la Asociación Nacional de Juntas de Farmacia (NABP) de la farmacia

Si el número de identificación del proveedor (NPI) del médico que emite recetas está disponible, proporcione lo siguiente: _____

Si esto proviene de un país extranjero, complete la información a continuación:

País: _____ **Divisa:** _____ **Cantidad:** _____

Comentarios adicionales

PASO 3 Instrucciones de envío por correo:

Envíe por correo su formulario de reclamación completo y el recibo de respaldo a la dirección que figura a continuación:

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

RECORDATORIO IMPORTANTE

Puede evitar tener que enviar formularios de reclamación impresos de la siguiente manera:

- Lleve siempre consigo su tarjeta de identificación de medicamentos recetados.
- Siempre utilice farmacias dentro de la red (encuéntrelas en Caremark.com).
- Use medicamentos cubiertos (consulte la lista de medicamentos del plan).
- Llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación si hay problemas en la farmacia.

Estos servicios están financiados en parte por el estado de New Mexico.