

# Formulario de Reclamación de Reembolso de Medicamentos Recetados



## ¡Importante!

- Siempre deje pasar hasta 30 días desde el momento que reciba la respuesta para dar tiempo para el envío por correo además del procesamiento de la reclamación.
- 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 medicamentos)

Número de grupo/Nombre del grupo

Apellido

Nombre

Inicial

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

País

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

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento

Masculino Femenino

Número de teléfono

Relación con el miembro principal

Miembro Cónyuge Hijo Otro

#### 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. (adjunte los recibos o facturas detalladas con cinta adhesiva al dorso)

#### La razón por la que lleno este formulario es:

- La farmacia no acepta el seguro
- Compuesto
- No tengo cobertura de seguro en este momento
- Otra—explique la razón abajo

---

INDIQUE:

Estado: \_\_\_\_\_

#### Otra información de seguro

##### Coordinación de Beneficios (COB)

¿Algunos de estos medicamentos se toman para 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 otra cobertura es PRIMARIA, incluya la Explicación de Beneficios (EOB) con este formulario.

Nombre de la compañía de seguros:

---



---

ID#: \_\_\_\_\_

## Información de la farmacia – *Continuación*

Número de teléfono

¿Es esta una farmacia ubicada en un asilo de ancianos? SÍ NO

NCPDP/NPI Requerido

X

Firma del Farmacéutico o Representante (REQUERIDA)

## ¡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 información materialmente falsa, engañosa, incompleta o errónea en relación con dicha reclamación, podría estar cometiendo un acto de fraude de seguros, el 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 en este formulario es cierta y correcta.

X

Firma del Participante del Plan (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 NABP de la farmacia
- Número de receta
- Cantidad métrica
- Número de medicina NDC
- Cargo total

**Se requiere un número NPI (Identificación Nacional del Proveedor) válido del Médico Recetante; por favor incluya:**

**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:

Claims Department  
P.O. Box 52065  
Phoenix, AZ 85072-2065  
Fax: 401-404-6344

### RECORDATORIO IMPORTANTE: Para evitar tener que presentar un formulario de reclamación en papel:

- Tenga su tarjeta disponible al momento de la compra.
- Use medicamentos de su lista del formulario.
- Si hay problemas en la farmacia, llame al número al dorso de su tarjeta.
- Siempre use farmacias dentro de su red.
- Regrese a la farmacia para solicitar que vuelvan a procesar su reclamo y el reembolso.