

Información de la farmacia (Cont.)

Número de teléfono

¿Es esta una farmacia ubicada en un asilo de ancianos?

 SÍ NO

NCPDP/NPI Requerido

X

Firma del Farmacéutico o Representante

¡Importante! Se REQUIERE de firma

AVISO

Cualquier persona que, con conocimiento 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 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
- Número de receta
- Número de medicina NDC
- Fecha de despacho
- Cantidad métrica
- Cargo total
- 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 recetas que presenta para el reembolso: _____

Número NPI (Identificación Nacional del Proveedor) válido del Médico Recetante (obligatorio): _____

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 ID disponible al momento de la compra.
- Siempre use farmacias dentro de su red.
- Use medicamentos de su lista del formulario.
- Si hay problemas en la farmacia, llame al número al dorso de su tarjeta de ID.

Información de reclamación de la receta

| | | | |
|---------------|--|--|--|
| Medicamento 1 | Número de receta (Rx) [REDACTED] | Nombre del medicamento | |
| | Código Nacional de Medicamento (Número NDC) [REDACTED] | Fecha de despacho (MM/DD/YY) [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED] | Total pagado (\$ monto) [REDACTED] . [REDACTED] |
| | Número NIP del profesional que emite la receta [REDACTED] | Fecha de despacho (MM/DD/YY) [REDACTED] | Días de suministro [REDACTED] |
| Medicamento 2 | Número de receta (Rx) [REDACTED] | Nombre del medicamento | |
| | Código Nacional de Medicamento (Número NDC) [REDACTED] | Fecha de despacho (MM/DD/YY) [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED] | Total pagado (\$ monto) [REDACTED] . [REDACTED] |
| | Número NIP del profesional que emite la receta [REDACTED] | Fecha de despacho (MM/DD/YY) [REDACTED] | Días de suministro [REDACTED] |
| Medicamento 3 | Número de receta (Rx) [REDACTED] | Nombre del medicamento | |
| | Código Nacional de Medicamento (Número NDC) [REDACTED] | Fecha de despacho (MM/DD/YY) [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED] | Total pagado (\$ monto) [REDACTED] . [REDACTED] |
| | Número NIP del profesional que emite la receta [REDACTED] | Fecha de despacho (MM/DD/YY) [REDACTED] | Días de suministro [REDACTED] |
| Medicamento 4 | Número de receta (Rx) [REDACTED] | Nombre del medicamento | |
| | Código Nacional de Medicamento (Número NDC) [REDACTED] | Fecha de despacho (MM/DD/YY) [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED] | Total pagado (\$ monto) [REDACTED] . [REDACTED] |
| | Número NIP del profesional que emite la receta [REDACTED] | Fecha de despacho (MM/DD/YY) [REDACTED] | Días de suministro [REDACTED] |
| Medicamento 5 | Número de receta (Rx) [REDACTED] | Nombre del medicamento | |
| | Código Nacional de Medicamento (Número NDC) [REDACTED] | Fecha de despacho (MM/DD/YY) [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED] | Total pagado (\$ monto) [REDACTED] . [REDACTED] |
| | Número NIP del profesional que emite la receta [REDACTED] | Fecha de despacho (MM/DD/YY) [REDACTED] | Días de suministro [REDACTED] |
| Medicamento 6 | Número de receta (Rx) [REDACTED] | Nombre del medicamento | |
| | Código Nacional de Medicamento (Número NDC) [REDACTED] | Fecha de despacho (MM/DD/YY) [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED] | Total pagado (\$ monto) [REDACTED] . [REDACTED] |
| | Número NIP del profesional que emite la receta [REDACTED] | Fecha de despacho (MM/DD/YY) [REDACTED] | Días de suministro [REDACTED] |

Información de reclamación por alergias

| | | | |
|------------------|--|---|--|
| Alergia 1 | Fecha de compra (MM/DD/YY) <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | Cantidad de ampollas <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en el consultorio. (Monto en \$) <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| | Cantidad de tratamientos <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Monodosis <input type="checkbox"/> Multidosis | Días de suministro <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | Cargo por preparación de extracto de alergénico en un lugar distinto al del consultorio. (Monto en \$) <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| | La ampolla contiene <input type="checkbox"/> Antígeno sencillo <input type="checkbox"/> Multiantígeno | Administrado por <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> El propio paciente | Cargo total solamente por extracto de alergénico. (Monto en \$) <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| | Instrucciones Ingredientes | | |
| Alergia 2 | Fecha de compra (MM/DD/YY) <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | Cantidad de ampollas <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en el consultorio. (Monto en \$) <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| | Cantidad de tratamientos <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Monodosis <input type="checkbox"/> Multidosis | Días de suministro <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | Cargo por preparación de extracto de alergénico en un lugar distinto al del consultorio. (Monto en \$) <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| | La ampolla contiene <input type="checkbox"/> Antígeno sencillo <input type="checkbox"/> Multiantígeno | Administrado por <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> El propio paciente | Cargo total solamente por extracto de alergénico. (Monto en \$) <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| | Instrucciones Ingredientes | | |
| Alergia 3 | Fecha de compra (MM/DD/YY) <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | Cantidad de ampollas <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en el consultorio. (Monto en \$) <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| | Cantidad de tratamientos <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Monodosis <input type="checkbox"/> Multidosis | Días de suministro <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> | Cargo por preparación de extracto de alergénico en un lugar distinto al del consultorio. (Monto en \$) <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| | La ampolla contiene <input type="checkbox"/> Antígeno sencillo <input type="checkbox"/> Multiantígeno | Administrado por <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> El propio paciente | Cargo total solamente por extracto de alergénico. (Monto en \$) <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| | Instrucciones Ingredientes | | |

BORRAR FORMULARIO