Formulario de reclamo de reembolso de medicamentos recetados

carelon Rx

¡Importante!

- Deje pasar hasta 30 días calendario para recibir una respuesta a su reclamo
- Conserve una copia de todos los documentos presentados para su archivo
- No grape los recibos ni los anexos a este formulario
- El reembolso no está garantizado y podría no ser igual a la cantidad pagada
- Debe presentar los reclamos en el plazo de 1 año a partir de la fecha de compra o según lo exija su plan

PASO 1 Información del titular de la tarjeta/paciente

Esta sección debe ser completada en su totalidad para asegurar el correcto reembolso de su reclamo.

Información del titular de la tarjeta

Número de identificación (consulte su tarjeta de identificación de miembro)

Número de grupo/nombre del grupo

Apellido

Primer nombre Inicial

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado Código postal País

Información del paciente: utilice un formulario de reclamo para cada paciente.

Apellido

Primer nombre Inicial

Fecha de nacimiento (__/__/____) Hombre Mujer Número de teléfono

Relación con el afiliado principal

Miembro Cónyuge Hijo Otro _____

Información de la farmacia: utilice un formulario de reclamo para cada farmacia.

Nombre de la farmacia

Dirección

Ciudad Estado Código postal

OBLIGATORIO: **Marque la casilla correspondiente para presentar un reclamo en papel. El reclamo será devuelto si está incompleto.** (Pegue los recibos o facturas detalladas con cinta adhesiva en otra hoja de papel)

La razón por la que presento este formulario es:

- ☐ Reclamo rechazado en la farmacia
- ☐ Compuesto
- ☐ Fuera del área de cobertura
- ☐ Otro: indique el motivo abajo

_____

_____

_____

POR FAVOR INDIQUE:

Estado: _____

Otra información sobre el seguro

Coordinación de beneficios (COB)

¿Está tomando alguno de estos medicamentos por una lesión en el trabajo?

☐ Sí ☐ NO

¿El medicamento está cubierto por alguna otra aseguradora? ☐ Sí ☐ NO

Si la respuesta es afirmativa, es otra cobertura:

☐ 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:

_____

_____

N.º DE ID: _____

Continúa

Información de la farmacia - Continuación

Número de teléfono

¿Se trata de una farmacia en un hogar de ancianos? SÍ NO

Se requiere NCPDP/NPI

x

Firma del farmacéutico o representante (OBLIGATORIO)

¡Importante! Se REQUIERE una firma

AVISO

Declaración importante de advertencia de fraude: toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, perjudicar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una reclamo o solicitud que contenga información materialmente falsa, engañosa, incompleta o errónea relativa a dicho reclamo, puede estar cometiendo un acto fraudulento de seguro que constituye un delito y puede someter a dicha persona a sanciones penales o civiles, incluyendo multas, denegación de beneficios o encarcelamiento.

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

x

Firma del participante del plan (OBLIGATORIA) Fecha

PASO 2 Requisitos de presentación

Usted DEBE incluir todos los recibos originales de la "farmacia" para que su reclamo sea procesada. Los recibos de caja registradora SOLAMENTE se aceptarán para los suministros para diabéticos. Es posible que tenga que pedir un recibo especial.

La información mínima que debe incluirse en sus recibos de farmacia se describe abajo:

- Nombre del paciente
- Fecha de llenado
- Días de suministro de su receta (tiene que pedirle al farmacéutico esta información de "Días de suministro")
- Nombre y dirección de la farmacia o número NCPDP de la farmacia
- Número de receta
- Cantidad y tipo de medicamento (por ejemplo: 4 tabletas)
- Número NDC del medicamento
- Costo total

Por favor, proporcione un NPI válido del médico que emite la receta: _____

Información del médico que emite las recetas:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono: _____

Comentarios adicionales: _____

_____

PASO 3

Envíe por correo los formularios completados con los recibos a:
Departamento de reclamos
P.O. Box 52065
Phoenix, AZ 85072-2065

O

Envíe por fax los formularios completados con los recibos a:
Fax: 401-404-6344

RECORDATORIO IMPORTANTE–Para evitar tener que presentar un formulario de reclamo en papel:

- Tenga siempre a mano su tarjeta de identificación en el momento de la compra.
- Utilice medicamentos de su lista de medicamentos preferidos
- Si tiene problemas en la farmacia, llame al número de Servicios Farmacéuticos para Miembros que figura en su tarjeta de identificación
- Siempre use farmacias dentro de su plan.
- Vuelva a la farmacia para solicitar el reprocesamiento del reclamo y para el reembolso

Servicios prestados por CarelonRx, Inc.
106-MTMRX14423SP-STANDARD-091622
1044289MUMSPMUB 11/22

Reiniciar Formulario