



PacificSource
Community Solutions

¡Importante!



- Podemos tardar hasta 30 días en completar su reclamación. **Puede enviar su reclamación mediante Caremark.com para una revisión más rápida.**
- Guarde una copia de todos los documentos que envíe.
- No engrape recibos a este formulario.
- Tenga en cuenta que es posible que el envío de una reclamación no resulte en un pago.
- Se deben completar todas las secciones.
- Entréguenos el recibo de farmacia o imprímalo.
- Complete un formulario por cada miembro.

PASO 1

Información del titular de la tarjeta/miembro

Información del titular de la tarjeta

Núm. de identificación (consulte su tarjeta de identificación)

Número de grupo/nombre del grupo

Apellido

Nombre

Inicial del 2.º nombre

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código Postal

País

Información de miembro

Apellido

Nombre

Inicial del 2.º nombre

Fecha de nacimiento

Número de teléfono

Información sobre farmacias

Nombre de la farmacia

Dirección

Ciudad

Estado Código Postal

OBLIGATORIO: Marque el motivo por el que envía su reclamación.

Clinica de alergias/alérgenos
La farmacia no acepta el seguro
Medicamento compuesto
No contaba con cobertura de seguro en ese momento
Viaje dentro de EE. UU.
Desastre natural/emergencia
Tarjeta de seguro no disponible
Apelación de la reclamación
Solicitud de una excepción de nivel
Se necesita aprobación previa
Otros: proporcione el motivo a continuación

Medicamento comprado fuera de EE. UU.

INDIQUE:

País/región: _____

Divisa utilizada: _____

Otra información sobre el seguro

Coordinación de los beneficios (COB)

¿Está usando este medicamento porque se lastimó en el trabajo? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene otro plan para ayudar a pagar esto? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿qué tipo de plan es?:

PRINCIPAL

SECUNDARIO

PARTE D DE MEDICARE

Si el otro plan es su plan PRINCIPAL, incluya la Explicación de beneficios (EOB) con este formulario.

Nombre del plan: _____

N.º DE IDENTIFICACIÓN: _____

Información de la farmacia (continuación)

Número de teléfono ¿Es esta una reclamación de un hogar de convalecencia? SÍ NO NCPDP/NPI

X

Firma del farmacéutico o representante

¡Importante! Se REQUIERE una firma

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 materialmente falsa, engañosa, incompleta o errónea relacionada con dicha reclamación puede estar cometiendo un acto fraudulento de seguros, que es un delito y puede someter a dicha persona a sanciones penales o civiles, entre ellas, multas, denegación de beneficios o prisión.

(Solo para miembros de New York) Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude, perjudicar o engañar a cualquier compañía de seguro u otra persona, presenta una solicitud de seguro o una declaración de reclamación con información sustancialmente falsa, u oculta, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho material en relación con esto, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito. Además, dicha persona puede estar sujeta a una sanción penal que no debe superar los cinco mil dólares y el valor indicado de la reclamación para cada violación.

(Solo para miembros de California) Para su protección, la ley de California exige que en este formulario aparezca lo siguiente: Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura de seguro o para hacer una reclamación por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y confinamiento en una prisión estatal.

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

X

Firma del miembro (OBLIGATORIO)

Fecha

PASO 2 Información de la persona autorizada a dar recetas

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____

PASO 3 Envíe por correo los formularios completados con los recibos a:

CVS Caremark

P.O. Box 52136

Phoenix, Arizona 85072-2136

Para evitar tener que presentar una reclamación:

- Tenga a mano su tarjeta de identificación en el momento de la compra.
- Si surge un problema, llame al número de su tarjeta de identificación.
- Utilice farmacias cubiertas por su plan.

Comentarios:

Información requerida sobre la reclamación

Medicamento con receta 1	Número de receta	Nombre del medicamento	
	Número del Código Nacional de Medicamentos (NDC)	Fecha de obtención (MM/DD/AA)	Total pagado (costo)
	Número de identificación nacional del proveedor (NPI) del profesional que receta	Cantidad de medicamento	Días de suministro
Medicamento con receta 2	Número de receta	Nombre del medicamento	
	Número del NDC	Fecha de obtención (MM/DD/AA)	Total pagado (costo)
	Número de NPI del profesional que receta	Cantidad de medicamento	Días de suministro
Medicamento con receta 3	Número de receta	Nombre del medicamento	
	Número del NDC	Fecha de obtención (MM/DD/AA)	Total pagado (costo)
	Número de NPI del profesional que receta	Cantidad de medicamento	Días de suministro
Medicamento con receta 4	Número de receta	Nombre del medicamento	
	Número del NDC	Fecha de obtención (MM/DD/AA)	Total pagado (costo)
	Número de NPI del profesional que receta	Cantidad de medicamento	Días de suministro
Medicamento con receta 5	Número de receta	Nombre del medicamento	
	Número del NDC	Fecha de obtención (MM/DD/AA)	Total pagado (costo)
	Número de NPI del profesional que receta	Cantidad de medicamento	Días de suministro
Medicamento con receta 6	Número de receta	Nombre del medicamento	
	Número del NDC	Fecha de obtención (MM/DD/AA)	Total pagado (costo)
	Número de NPI del profesional que receta	Cantidad de medicamento	Días de suministro

Información sobre reclamaciones por alergias

Alergia 1	Fecha de compra (MM/DD/AA)	Número de viales	Costo del tratamiento por honorarios profesionales.
	Número de tratamientos	Días de suministro	Costo de preparar el extracto alérgico.
	Dosis única Multidosis		
	El vial contiene Antígeno único Multiantígeno	Administrado por Médico Profesionales Usted	Costo total del extracto alérgico solamente.
	Preparación		
Ingredientes			

Alergia 2	Fecha de compra (MM/DD/AA)	Número de viales	Costo del tratamiento por honorarios profesionales.
	Número de tratamientos	Días de suministro	Costo de preparar el extracto alérgico.
	Dosis única Multidosis		
	El vial contiene Antígeno único Multiantígeno	Administrado por Médico Profesionales Usted	Costo total del extracto alérgico solamente.
	Preparación		
Ingredientes			

Alergia 3	Fecha de compra (MM/DD/AA)	Número de viales	Costo del tratamiento por honorarios profesionales.
	Número de tratamientos	Días de suministro	Costo de preparar el extracto alérgico.
	Dosis única Multidosis		
	El vial contiene Antígeno único Multiantígeno	Administrado por Médico Profesionales Usted	Costo total del extracto alérgico solamente.
	Preparación		
Ingredientes			

Usted puede recibir este documento en otro idioma, impreso en una letra más grande o de otra manera que sea mejor para usted. También puede solicitar un intérprete. Esta ayuda es sin costo. Llame al 800-431-4135 o por TTY al 711. Aceptamos llamadas del servicio de retransmisión.

You can get this document in another language, large print, or another way that's best for you. You can also request an interpreter. This help is free. Call 800-431-4135 or TTY: 711. We accept all relay calls.