

PASO 2

Requisitos de presentación:

DEBE incluir todos los recibos originales de “farmacia” para que se procese su reclamo. Los recibos de “caja registradora” solo se aceptarán en el caso de suministros para la diabetes. A continuación, se detalla la información que debe incluir en sus recibos de farmacia:

- Nombre del paciente
- Fecha de abastecimiento del medicamento
- Días del suministro de su medicamento con receta (necesita preguntarle al farmacéutico para saber los “días del suministro”)
- Nombre y dirección de la farmacia o número de la Asociación Nacional de Juntas de Farmacia (NABP) de la farmacia
- Número de receta médica
- Cantidad métrica
- Número del Código Nacional de Medicamentos (NCD)
- Cargo total

Brinde el número de identificación de proveedor nacional (NPI) del médico que expide la receta (obligatorio): _____

Información del médico que expide la receta (todos los campos son obligatorios):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Número de teléfono: _____

Comentarios adicionales

PASO 3

Instrucciones para el envío por correo postal



Nombre del miembro:
Identificación del miembro:
Plan de salud (80840)
Fecha de entrada en vigor:
Nombre del proveedor de atención primaria (PCP):
Número de teléfono del PCP:
NO SE LE PUEDE COBRAR AL MIEMBRO
Copagos: PCP/especialista: \$0 Sala de emergencias: \$0 Receta: \$0
H9576 001



RxBIN: 004336
RxPCN: MEDDADV
RxGRP: RX2322

El número de identificación bancaria de la receta (RXBIN) se encuentra en el frente de su tarjeta de identificación. Vea el área resaltada a la izquierda para consultarlo. Relacione su número de RXBIN con las siguientes direcciones.

N.º de RXBIN 004336 enviar por correo postal a la siguiente dirección:

CVS Caremark Part D Appeals and Exceptions
P.O. Box 52066
Phoenix, Arizona 85072-2066

Neighborhood Health Plan of Rhode Island es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Rhode Island para brindar los beneficios de ambos programas a los afiliados.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services at 1-844-812-6896 (TTY 711), 8 am to 8 pm, Monday – Friday; 8 am to 12 pm on Saturday. Si llama un sábado por la tarde, un domingo o un feriado, se le pedirá que deje un mensaje. Le devolverán la llamada al siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-844-812-6896 (para TTY, marque 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., y los sábados, de 8:00 a. m. a 12:00 p. m. En las tardes de los sábados, domingos y feriados, se le pedirá que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

ATENÇÃO: Se você fala Português, o idioma, os serviços de assistência gratuita, estão disponíveis para você. Os serviços de chamada em 1-844-812-6896 TTY (711), 8 am a 8 pm, de segunda a sexta-feira; 8 am a 12 pm no sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, você pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvido no próximo dia útil. A ligação é gratuita.

RECORDATORIO IMPORTANTE: Para evitar presentar un formulario de reclamo en papel, tenga en cuenta lo siguiente:

- Siempre tenga a mano su tarjeta al momento de la compra.
- Siempre use las farmacias dentro de la red.
- Use medicamentos de la Lista de medicamentos.
- Si tiene problemas en la farmacia, llame al número que aparece al dorso de su tarjeta.

H9576_PhmpDReimbFrmR1

Accepted 12/11/2018