

Importante! Uma assinatura é REQUERIDA

AVISO:

Qualquer pessoa que conscientemente e com a intenção de fraudar, ferir ou enganar qualquer companhia de seguros, apresentando uma reclamação ou aplicação contendo qualquer informação materialmente falsa, enganosa, incompleta relativa a tal reclamação, pode estar cometendo um ato de seguro fraudulento que é um crime e isso pode sujeitar essa pessoa a penalidades criminais ou civis, incluindo multas, negação de benefícios e/ou prisão.

Certifico que eu (ou meu dependente qualificado) recebi o medicamento aqui indicado. Certifico que li e entendi este formulário e que todas as informações inseridas neste formulário são verdadeiras e corretas.

X

Assinatura do participante do plano

Data

PASSO 2 Requisitos de submissão:

Você DEVE incluir todos os recibos originais de "farmácias" para que sua solicitação seja processada. Os recibos de "caixa registradora" serão aceitos apenas para suprimentos aos diabéticos. As informações mínimas que devem ser incluídas nos seus recibos de farmácia estão listadas abaixo:

- Nome do Paciente
- Número da Prescrição
- Número de Medicina NDC
- Data de enchimento
- Quantidade métrica
- Custo total
- Suprimento de quantos dias para sua prescrição (você precisa pedir ao seu farmacêutico sobre essa informação de "Suprimento de quantos dias")
- Nome e endereço da farmácia ou número NABP da farmácia

É necessário um número válido de NPI (National Provider Identification - Número de Identificação de Provedor) do médico prescritor. Por favor, proporcione: _____

Informações do médico prescritor (todos os campos são necessários):

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade, estado, código postal: _____ Número de telefone: _____

Comentários adicionais

PASSO 3 Instruções de envio por



Nome do membro:
Identificação do membro: Plano de saúde (80840) Data de vigência:

Nome do PCP:
Telefone do PCP:

O MEMBRO NÃO PODE SER COBRADO Copays:
PCP/Especialista: \$0 ER: \$0 Rx: \$0
H9576 001

RxBIN: 004336
RxPCN: MEDDADV
RxGRP: RX2322

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

O no. RxBIN está localizado na frente do seu cartão de identificação. Por favor, veja a área destacada à esquerda para referência. Combine seu no. RxBIN com os endereços abaixo.

No. 004336 Envie por

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

Neighborhood Health Plan de Rhode Island é um plano de saúde que os contratos tanto com o Medicare e Medicaid Rhode Island para fornecer os benefícios de ambos os programas de participantes.

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. On Saturday afternoons, Sundays and holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla Español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame a Servicios a los Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, de 8 am a 12 pm los Sábados. 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.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់នៅថ្ងៃសៅរ៍។ នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍ ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។ ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅត្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

LEMBRETE IMPORTANTE– Para evitar o envio de um formulário de solicitação em papel:

- Sempre tenha seu cartão disponível no momento da compra.
- Sempre use farmácias dentre de sua rede.
- Use os remédios da sua lista de formulações.
- Se encontrar problemas na farmácia, ligue para o número no verso do seu cartão.

H9576_PhmpDRReimbFrmR1

Accepted 12/11/2018