

# Formulario para reclamar el reembolso por un medicamento con receta

## ¡Importante!

- » Siempre espere hasta 30 días desde la fecha en la que recibe la respuesta para que llegue el correo y se procesen los reclamos.
- » Guarde una copia de todos los documentos presentados para sus registros.
- » No abroche ni pegue con cinta adhesiva los recibos o documentos adjuntos a este formulario.
- » No se garantiza que se realice el reembolso, y otro contratista revisará los reclamos sujetos a las limitaciones, exclusiones y disposiciones del plan.



### PASO 1

### Información del titular de la tarjeta/paciente

Debe completar esta sección en su totalidad para asegurar el reembolso correcto de su reclamo.

#### Información del titular de la tarjeta

Número de identificación (consulte su tarjeta de medicamentos con receta)

N.º del grupo/nombre del grupo

Nombre (Apellido)

(Primer nombre)

(Iniciales del 2.º nombre)

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

País

#### Información del paciente (use un formulario de reclamo separado para cada paciente)

Nombre (Apellido)

(Primer nombre)

(Iniciales del 2.º nombre)

Fecha de nacimiento

Hombre

Mujer

Número de teléfono

Relación con el miembro principal

Miembro

Cónyuge

Hijo(a)

Otro \_\_\_\_\_

#### Otra información del seguro

##### COB (Coordinación de beneficios)

¿Algunos de estos medicamentos se toman para una lesión laboral?

Sí

No

¿El medicamento está cubierto por algún otro seguro grupal?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, la cobertura es Principal Secundaria

Si la cobertura es principal, incluya la Explicación de beneficios (EOB) con este formulario.

Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_ N.º de identificación \_\_\_\_\_

#### ¡Importante! Se REQUIERE una firma

##### AVISO:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, dañar o engañar a una aseguradora, presenta un reclamo o una solicitud con alguna información falsa, inexacta, incompleta o errónea en relación con dicho reclamo puede estar cometiendo un acto de seguro fraudulento, el cual constituye un delito y puede causar que dicha persona enfrente cargos penales o civiles, que incluyen multas, la pérdida de los beneficios o el encarcelamiento.

Certifico que yo (o mi dependiente elegible) he (ha) recibido el medicamento que aquí se describe. 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

Fecha

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
• 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 contrata con Medicare y Medicaid de Rhode Island para proporcionar los beneficios de ambos programas a los 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។
សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកភាគរយលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់នៅថ្ងៃសៅរ៍។ នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍ ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។
ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅត្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

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\_PhmpDRReimbFrmR1

Accepted 12/11/2018