

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 a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho material, comete un acto fraudulento de seguro, que es un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no excederá de \$5,000 y el valor declarado del reclamo por cada una de dichas violaciones.

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 • Número de receta
- Fecha de llenado • Cantidad y tipo de medicamento (por ejemplo: 4 tabletas)
- 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 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

0

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