

**IMPORTANTE:**

Para procesar este documento es necesario escribir uno de los dos números de licencia del médico para cada receta. Para reclamaciones de Puerto Rico el número de licencia estatal tiene de 4 a 5 números. En las recetas de sustancias controladas, el número de licencia federal o DEA incluye dos letras y siete números.

- Por favor lea en la parte de atrás de esta hoja antes de llenarla: Su reclamación no será procesada hasta que esté completa.
- Escriba los números que aparecen en su tarjeta de identificación de su plan médico y/o medicinas en los espacios que se proveen para ello y explicado en la parte de atrás de la hoja de reembolso directo.
- Favor de no pegar o grapar recibos o anejos a esta forma de reembolso.



**INFORMACIÓN DE LA TARJETA DEL MIEMBRO:**

RxGroup         # IDENTIFICACIÓN         CÓDIGO DEL PARTICIPANTE DEL PLAN

Nombre \_\_\_\_\_  
Tarjeta de miembro: \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Tarjeta de miembro principal: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Nombre de compañía: \_\_\_\_\_

**¡Importante! Se REQUIERE una firma en partes A y B.**

**Norma sobre prevención de fraude:** Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguro o a otra persona, presente una solicitud de seguro o estado de reclamación que contenga cualquier información falsa o que oculte información sobre cualquier hecho sustancial con el propósito de engañar, comete un fraude de seguro, lo cual se considera un crimen y hace que dicha persona esté sujeta a sanciones penales y civiles.

**A**

**x** Firma del participante del plan \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Divulgación de información:** Certifico que yo (o mi dependiente elegible) he (ha) recibido el medicamento aquí descrito y que el mencionado participante del plan es elegible para recibir beneficios de medicamentos recetados. También certifico que el medicamento recibido no tiene como objetivo el tratamiento de una lesión de trabajo y que no está cubierto bajo otro plan de beneficios. Autorizo la divulgación de toda la información relacionada con esta reclamación a Caremark, administrador de los beneficios de medicamentos recetados, al asegurador, al patrocinador, al asegurado y/o al patrono.

**B**

**x** Certifico que toda la información suministrada en este formulario es correcta.

Firma del participante del plan \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA TARJETA DEL MIEMBRO:**

Nombre del participante del plan: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MES/DÍA/AÑO)  
Masculino: \_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_  
Asegurado \_\_\_\_ Cónyuge \_\_\_\_ Dependiente \_\_\_\_  
Indique si es estudiante a tiempo completo \_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA FARMACIA AQUI:**

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
NCPDP #: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Firma del farmacéutico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE RECETAS:**

**1** R#: \_\_\_\_\_ Marque uno (R nueva /R repetida) Fecha R     /    /     MES DÍA AÑO Cantidad (mililitros, # de tabletas, gramos, etc.) \_\_\_\_\_  
Días de provisión: \_\_\_\_\_ Nombre de la Medicina/Potencia: \_\_\_\_\_  
Número DEA o licencia estatal del médico que prescribe: \_\_\_\_\_  
NDC#:           Forma de dosificación (cápsulas, cremas, inyectables, etc.) \_\_\_\_\_  
Fabricante del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis (250 miligramos, etc.): \_\_\_\_\_ ¿Es esta receta una mezcla? Sí\_\_ No\_\_  
Cantidad \$\$ Pagada: \_\_\_\_\_ (Vea la definición de una mezcla al dorso)

**2** R#: \_\_\_\_\_ Marque uno (R nueva /R repetida) Fecha R     /    /     MES DÍA AÑO Cantidad (mililitros, # de tabletas, gramos, etc.) \_\_\_\_\_  
Días de provisión: \_\_\_\_\_ Nombre de la Medicina/Potencia: \_\_\_\_\_  
Número DEA o licencia estatal del médico que prescribe: \_\_\_\_\_  
NDC#:           Forma de dosificación (cápsulas, cremas, inyectables, etc.) \_\_\_\_\_  
Fabricante del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis (250 miligramos, etc.): \_\_\_\_\_ ¿Es esta receta una mezcla? Sí\_\_ No\_\_  
Cantidad \$\$ Pagada: \_\_\_\_\_ (Vea la definición de una mezcla al dorso)

# ANTES DE ENVIAR SU RECLAMACIÓN DE REEMBOLSO, FAVOR DE VERIFICAR SU INFORMACIÓN:

## **Información de la tarjeta del miembro principal:**

Favor de incluir los números de identificación de su plan de medicinas. Refiérase a su tarjeta de identificación del plan de medicinas, y/o plan médico.

## **Información del participante del plan:**

Incluya su dirección postal en forma clara y completa, su fecha de nacimiento y sexo.

## **Firma del asegurado:**

El asegurado principal deberá firmar cada formulario de reembolso.

## **Información de la receta:**

El farmacéutico o un auxiliar de farmacia deberá cumplimentar el detalle del medicamento para cada receta. Esta información se debe cumplimentar en su totalidad:

- El número de registro federal del médico (DEA Number) o el número de licencia estatal de Puerto Rico que recetó el medicamento. El número de DEA consta de dos letras y siete números, y el número de licencia estatal consta de 4 ó 5 números. El número del médico debe ir en la sección que dice 'NÚMERO DEA o licencia estatal del médico'. De faltar esta información, su reclamación prodrá ser rechazada.
- Receta de Mezcla o Medicamentos Compuestos – Si su farmacéutico le prepara una mezcla de dos o más ingredientes, en la que al menos uno de los ingredientes es de leyenda federal, favor de indicar los ingredientes utilizados para la mezcla. Su farmacéutico deberá proveerle esta información.
- Su farmacéutico debe firmar el formulario de reembolso, e incluir la información que identifica a su farmacia.

Favor de limitar el número de recetas por formulario a tres.\* Incluya una sola farmacia, y solo un asegurado por formulario.

### **Servicios prestados en los Estados Unidos de América y/o en un país extranjero**

Formularios de reclamación serán aceptados para proceso de pago con un recibo detallado (número de receta, nombre del medicamento, cantidad despachada, y cantidad pagada) por producto. Para un medicamento despachado en un país extranjero, se hará todo lo posible para identificar la droga despachada, con drogas del mercado americano, para proceder con el reembolso. Por favor exija un recibo con información completa para evitar atrasos.

Para evitar atrasos en su reembolso, es sumamente importante que su formulario de reembolso sea cumplimentado en forma precisa y en su totalidad. Si le falta alguna información, su reclamación podrá ser rechazada sin pago.

Favor de enviar el formulario de su reclamación debidamente cumplimentado, con sus recibos a:

Caremark  
P.O. Box 52116  
Phoenix, AZ 85072-2116