

Información del titular de la póliza *(consulte su tarjeta de identificación de miembro)*

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Identificación del miembro: _____

Número de grupo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Nombre del plan o empleador: _____

Información del paciente *(si es diferente a la del titular de la póliza)*

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Identificación del miembro: _____

Número de grupo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Relación con el titular de la póliza: Cónyuge Dependiente

Motivo de la solicitud de reembolso *(seleccione todas las opciones posibles).*

- No tuve acceso a mi tarjeta de identificación de medicamentos recetados *(complete la sección 1 a continuación).*
- Realicé una compra en una farmacia fuera de la red debido a: *(seleccione una opción a continuación y complete la sección 1)*
 - enfermedad luego de un viaje; vacuna recibida en el consultorio de mi médico;
 - farmacia fuera de la red; emergencia federal/desastre natural.
 - medicamentos agotados;
- Realicé una compra mientras esperaba una aprobación *(complete la sección 1 a continuación).*
- La farmacia facturó al plan de seguro incorrecto *(complete la sección 1 a continuación).*
- Realicé una compra de un medicamento compuesto *(complete las secciones 1 y 2 a continuación).*
- Coordinación de beneficios *(complete las secciones 1 y 3 a continuación).*
- Recibí una vacuna que se aplicó de manera ambulatoria *(complete las secciones 1 y 4 a continuación)*
- Otro motivo: _____

Sección 1: Información de reembolso estándar

Información de la farmacia/del proveedor

Nombre de la farmacia: _____

Identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI) de la farmacia: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Información del médico que emite la receta

Nombre: _____ Número de NPI: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información sobre medicamentos recetados/vacunas/equipos comprados

Fecha de compra/surtido: _____ Número de NPI: _____ Total pagado: _____

Nombre del medicamento: _____

NDC/código de producto universal (Universal Product Code, UPC): _____

Tarifa del administrador: _____

Sección 2: Solo para medicamentos compuestos

Número de receta: _____ Suministro diario: _____

Código nacional de medicamento (National Drug Code, NDC) de 11 dígitos válido del ingrediente:	Cantidad	Costo del ingrediente
Cantidad total		
Importe total		

Sección 3: Solicitudes de reembolso de coordinación de beneficios

¿Esta información es para una consulta en el trabajo? Sí No

¿Este medicamento está cubierto por cualquier otro plan de seguro grupal? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información para el otro seguro:

Nombre del empleador/seguro: _____ Número de identificación: _____ Número de teléfono: _____

Adjunte la explicación de beneficios (explanation of benefits, EOB) de la aseguradora principal, los recibos originales y la información sobre los medicamentos recetados de su bolsa de medicamentos recetados a este formulario de reclamo relleno y firmado.

Sección 4: Información sobre las vacunas

¿Es esta una vacuna de dos dosis? (es decir, Shingrix) Sí No

Si la respuesta es sí, esta vacuna es: La primera dosis de una serie La segunda parte de una serie

Ubicación de administración: Consultorio del médico Clínica Farmacia

Certifico que la información de este formulario de reclamo es correcta a mi leal saber y entender. Autorizo la divulgación de cualquier información médica relacionada con este reclamo a Capital Rx. Cualquier cesión de estos beneficios debe incluir una firma adecuada y está sujeta a la aprobación de Capital Rx.

Firma _____ Fecha _____

Paciente o representante autorizado

Tenga en cuenta lo siguiente: Si rellena este formulario en nombre de un miembro, incluya un Formulario de divulgación de información médica personal completo. Para los miembros de la Parte D de Medicare, incluya un formulario CMS-1696 completo (formulario de Designación de representante) o un Formulario de divulgación de información médica personal. Según las reglamentaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), un presunto representante puede enviar un formulario CMS-1696 completo o un formulario que incluya la misma información que el formulario CMS-1696. Los formularios en blanco están disponibles en <https://www.cap-rx.com/members#member-forms>.

Instrucciones para completar este formulario

Recibos de reclamos: Adjunte los recibos originales y la información de la receta que se incluyen con su bolsa de medicamentos recetados a este formulario de reclamo rellenado.

Los recibos o la información de medicamentos recetados deben incluir la siguiente información. Enumere el monto pagado en la línea proporcionada.

- Fecha del surtido/de la compra de medicamentos recetados
- Nombre y dirección de la farmacia
- Nombre y NPI del profesional que extiende la receta
- Código nacional de medicamentos (NDC)
- Nombre del medicamento, presentación y forma de dosificación
- Número de receta
- Dispensar según lo indicado (Dispense as Written, DAW)
- Monto pagado \$ _____

Envíe por correo postal los formularios rellenados con los recibos y otros documentos de respaldo a: Capital Rx, Inc., Attn: Claims Dept. 9450 SW Gemini Dr., #87234, Beaverton, OR 97008. También puede enviar todos los documentos por correo electrónico para su procesamiento a dmr@cap-rx.com.

- 1 Siempre presente su tarjeta de identificación de miembro en la farmacia minorista participante.
- 2 Use este formulario cuando haya pagado el precio total de un medicamento recetado en una farmacia minorista.
- 3 Debe completar un formulario de reclamo por separado para cada farmacia y paciente.
- 4 Debe presentarla dentro de un (1) año a partir de la fecha del servicio o según lo requiera su plan.
Solo para Medicare: Los reclamos deben presentarse en el plazo de los 36 meses a partir de la fecha del servicio.
- 5 Para que se procese su solicitud, todos los recibos deben contener la información que figura en este formulario. Su farmacéutico puede proporcionar la información necesaria si su reclamo o factura no están detallados. Tenga en cuenta que un recibo de caja no es suficiente.
Solo para Medicare: Se recomienda rellenar el formulario de reclamo de medicamentos con receta, pero no es obligatorio. Puede enviar una documentación equivalente por escrito, pero se debe proporcionar toda la información solicitada en este formulario. Tenga en cuenta que la documentación faltante, incompleta o difícil de leer puede retrasar el procesamiento exitoso de su reclamo.
- 6 Los formularios incompletos pueden devolverse o retrasar el proceso.
- 7 Haga copias de todos los documentos para su registro.
- 8 El reembolso de los reclamos presentados está sujeto a su programa de beneficios de medicamentos recetados y no está garantizado. El reembolso se hará de acuerdo con los límites de su plan de beneficios de medicamentos recetados y será por el monto que su programa hubiera pagado en su nombre. El monto del reembolso puede ser significativamente menor que el monto original que pagó. Recuerde que completar este formulario no es una garantía de reembolso.

Advertencia de fraude de seguro: Es ilegal proporcionar a sabiendas información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el fin de estafar o intentar estafar a la compañía. Las penalizaciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o reclamante con el fin de estafar o intentar estafar al titular de la póliza o al reclamante con respecto a un acuerdo o compensación de pago de las ganancias del seguro se informará a la agencia estatal correspondiente del departamento de agencias reguladoras.