



# Formulario comercial de reclamo de medicamentos con receta

CVS Caremark  
PO Box 52444  
Phoenix, AZ 85072-2444  
FAX: [1-888-472-1128](tel:1-888-472-1128)

Número del miembro de Aetna (los reclamos no pueden procesarse sin este número)										Número de grupo									
<input type="checkbox"/> Si está inscrito en Medicare, marque aquí.																			
Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre, apellido)															Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA)				
Dirección del empleado (calle, ciudad, estado, código postal)																			
Nombre y dirección de la compañía (calle, ciudad, estado, código postal)																			
Firma del empleado										Número de teléfono ( )					Fecha				

**Los medicamentos se recetaron a la siguiente persona:**

Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre				Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Empleado <input type="checkbox"/>		Cónyuge <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)			
¿Los gastos de algún miembro de la familia están cubiertos por otro plan de salud de grupo, plan prepago de grupo (Blue Cross-Blue Shield, etc.), seguro para automotor sin culpabilidad, Medicare u otro plan gubernamental local, estatal o federal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí															
En caso afirmativo, mencione el titular del contrato o de la póliza, número(s) de contrato(s) o póliza(s) y nombre/dirección de la compañía de seguros o del administrador.															
Si está inscrito en Medicare, marque todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Medicare Parte A <input type="checkbox"/> Medicare Parte B <input type="checkbox"/> Medicare Parte D															
Número de identificación (ID) del miembro con otra compañía de seguros					Nombre del miembro					Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AAAA)					

Indique la razón por la cual este reclamo está siendo submitido en persona:

**Coordinación de beneficios** (adjunte una explicación de beneficios de la compañía de seguros de su plan primario junto con el recibo detallado).

**Emergencia** (en caso de emergencia, descríbalas abajo o en una hoja separada).

**Medicamentos compuestos** (si toma un medicamento que contiene más de 1 ingrediente). Proporcione la siguiente información:

- El número VÁLIDO de 11 dígitos del Código Nacional de Medicamentos (NDC) para CADA ingrediente utilizado en el medicamento compuesto.
- El nombre de los ingredientes para cada NDC.
- La "medida" de cada ingrediente del número del NDC, expresada en la cantidad de comprimidos, gramos o mililitros.
- El costo de CADA ingrediente (en dólares).
- La cantidad TOTAL de compuestos.
- La cantidad TOTAL en dólares que pagó el paciente.

**Por Favor Note: La entrega de los reclamos *manualmente* no garantiza el reembolso.**

**Información de la farmacia** *Por favor, adjunte recibos detallados de medicamentos con receta o solicite a su farmacéutico que complete la información restante. No podemos procesar su reclamo sin esta información.*

<p><b>Miembro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por favor, lea detenidamente este formulario antes de completarlo. <b>No pueden procesarse formularios de reclamo que no contengan la información requerida. Los formularios incompletos le serán devueltos.</b></li> <li>• Si utiliza más de una farmacia, use un formulario distinto para cada una de ellas.</li> <li>• Use un formulario de reclamo distinto para cada paciente.</li> <li>• Los reclamos deben enviarse dentro de los dos años posteriores a la fecha de compra.</li> <li>• Complete toda la información del empleado y del paciente en la parte superior del formulario y asegúrese de firmarlo.</li> <li>• (Declaraciones falsas:) "Residentes de Nueva York": Coloque su firma y la fecha en la página 2.</li> <li>• <b>Envíe el formulario de reclamo de medicamentos con receta por correo o por fax a:</b>  <b>CVS Caremark</b>  <b>PO Box 52444</b>  <b>Phoenix, AZ 85072-2444</b>  <b>FAX: <a href="tel:1-888-472-1128">1-888-472-1128</a></b></li> </ul>	<p><b>Requisitos de presentación</b></p> <p><b>Usted DEBE incluir todos los recibos originales de la "farmacia" para que se procese su reclamo. <u>NO</u> se aceptarán los recibos de las "cajas registradoras", salvo para los suministros para diabéticos. A continuación se enumera la información que, como mínimo, deberá incluir junto con sus recibos de la farmacia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del paciente • Número de receta • Número del NDC del medicamento</li> <li>• Fecha de abastecimiento • Medida • Cargo total</li> <li>• Días de suministro de la receta (debe pedirle al farmacéutico que le de esta información)</li> <li>• Nombre y dirección de la farmacia o número NABP de la farmacia.</li> </ul> <p><b>Si el Número de identificación nacional (NPI) del proveedor que le recetó el medicamento es de otro país, complete la siguiente información:</b></p> <p>País: _____</p> <p>Moneda: _____</p> <p>Monto: _____</p>
---	---



Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a ningún individuo por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma.

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator,  
P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512  
(clientes de CA HMO: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779),  
[1-800-648-7817](tel:1-800-648-7817), TTY: [711](tel:711)  
Fax: [859-425-3379](tel:859-425-3379) (clientes de CA HMO: [860-262-7705](tel:860-262-7705)), [CRCoordinator@aetna.com](mailto:CRCoordinator@aetna.com).

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019), [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD).

*Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company y sus compañías afiliadas (Aetna). Los beneficios de farmacia son administrados por CVS Caremark, administrador de beneficios de farmacia afiliado. Aetna® forma parte de las compañías de CVS Health®.*



Igbo	Inweta enyemaka asụsụ na akwughi ụgwọ obụla, kpọọ nọmba nọ na kaadi njirimara gi
Ilocano	Tapno maakses dagiti serbisio ti pagsasao nga awanan ti bayadna, awagan ti numero nga adda ayan ti ID kardmo.
Indonesian	Untuk mengakses layanan bahasa tanpa dikenakan biaya, silakan hubungi nomor telepon di kartu asuransi Anda.
Italian	Per accedere ai servizi linguistici senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa.
Japanese	無料の言語サービスは、IDカードにある番号にお電話ください。
Karen	လၢတၢ်ကမၤကျိၢ်တၢ်မၤစၢၤအတၢ်ဖံးတၢ်မၤတဖၣ် လၢတၢ်အိၣ်ဒီးအပူၤလၢနကတၢ်ဟ့ၣ်အိၣ်အံၤကိၤကိးဘၣ်လိတဲၣ်နီၣ်ဂံၢ်လၢအိၣ်လၢနနီၣ်ဂံၢ် ၆ (၅၅) အလံၤတၢ်ကၤၤ
Korean	무료 다국어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오.
Kru-Bassa	I nyuu kosna mahola ni language services ngui nsaa wogui wo, sebel i nsinga i ye ntilga i kat yong matibla
Kurdish	بو دەسپێر اگەشتن بە خزمەتگوزاری زمان بەبێ تێچوون بو تو، پێوەندی بکە بە ژمارەی سەر ئای دی (ID) کارتی خۆت.
Lao	ເພື່ອເຂົ້າເຖິງບໍລິການພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າ, ໃຫ້ໂທຫາເບີໂທຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ.
Marathi	आपल्याला कोणत्याही शुल्काशिवाय भाषा सेवांपर्यंत पोहोचण्यासाठी, आपल्या ID कार्डावरील क्रमांकावर फोन करा.
Marshallese	Ñan bōk jipañ kōn kajin ilo an ejjeļok wōñean ñan kwe, kwōn kallok nōm̄ba eo ilo kaat in ID eo aṃ.
Micronesian-Ponapean	Pwehn alehdi sawas en lokaia kan ni sohte pweipwei, koahlih nempe nan amhw doaropwe en ID.
Mon-Khmer, Cambodian	ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មភាសាដែលឥតគិតថ្លៃសម្រាប់លោកអ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខដែលមាននៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក។
Navajo	T'áá ni nizaad k'ehjí bee níká a' doowoł doo bááh ílínígóó naaltsoos bee atah nílíggo nanitinígíí bee néého' dólzinígíí béésh bee hane'í biká'ígíí áají' hólne'.
Nepali	भाषासम्बन्धी सेवाहरूमाथि निःशुल्क पहुँच राख्न आफ्नो कार्डमा रहेको नम्बरमा कल गर्नुहोस्।
Nilotic-Dinka	Të kwoɾ yĩn ran de wëër de thokic ke cĩn wëu kɔr keek tẽnɔŋ yĩn. Ke yĩn cɔl ran ye kɔc kuony nè namba de abac tō nè ID kard duñ de tīt de nyin de panakim kōu.
Norwegian	For tilgang til kostnadsfri språktjenester, ring nummeret på ID-kortet ditt.
Pennsylvanian-Dutch	Um Schprooch Services zu griege mitaus Koscht, ruff die Nummer uff dei ID Kaart.
Persian Farsi	برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید.
Polish	Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych, należy zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej.
Portuguese	Para aceder aos serviços linguísticos gratuitamente, ligue para o número indicado no seu cartão de identificação.
Punjabi	ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਕੀਮਤ ਵਾਲੀਆਂ ਪੰਜਾਬੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਲਈ, ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ 'ਤੇ ਦਿੱਤੇ ਨੰਬਰ 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ।
Romanian	Pentru a accesa gratuit serviciile de limbă, apelați numărul de pe cardul de membru.
Russian	Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, приведенному на вашей идентификационной карте.
Samoan	Mō le mauaina o 'au'aunaga tau gagana e aunoa ma se totogi, vala'au le numera i luga o lau pepa ID.

