Forma de reclamo de medicamentos recetados del miembro

Cigna HealthSpring®

RAZÓN DEL REEMBOLSO

Esta forma de reclamo puede utilizarse para solicitar el reembolso de los gastos en cobertura. Puede seleccionar una de las razones que se mencionan más adelante para darnos más información sobre su solicitud. Tenga en cuenta que para recibir un reembolso, no es necesario usar una forma de reclamo, como esta Forma de reclamo de medicamentos recetados del miembro.

- ☐ No usé mi tarjeta de identificación de medicamentos recetados
- ☐ Farmacia no participante *(Por favor explique)* _____
- ☐ La cobertura básica la tengo con otra aseguradora. Por favor presente la Explicación de beneficios (EOB) o la carta de negativa del asegurador primario.
- ☐ Estaba esperando la aprobación del medicamento
- ☐ Estaba inscrito retroactivamente en el plan
- ☐ Surtí una receta compuesta (Por favor que su farmacéutico llene el área de receta compuesta de esta forma)
- ☐ Otro/Explicación: _____ _____

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Número de identificación (al frente de su tarjeta de identificación de medicamentos recetados): _____

RxPCN (al frente de su tarjeta de identificación de medicamentos recetados): _____

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro: Mes _____ Día _____ Año _____ | Sexo del miembro: ☐ Masculino ☐ Femenino

CERTIFICACIÓN DEL MIEMBRO

Declaro que la información del miembro que aparece en esta forma es correcta, que el miembro nombrado es elegible para recibir los beneficios y que el miembro ha recibido los medicamentos descritos. Además declaro que los medicamentos recibidos no son para el tratamiento de un accidente de trabajo. También autorizo que se revele al administrador del plan, o sus representantes, toda la información que esté relacionada con este reclamo.

Cualquier persona que con el conocimiento y la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, u (2) oculte con el propósito de engaño, información referente a cualquier material aquí presentado, estará cometiendo un acto fraudulento contra la compañía de seguros; acto que se considera un delito.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Número telefónico de día: _____

INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

Utilice esta sección para las solicitudes de reembolso de medicamentos de marca y genéricos.
(La siguiente sección es para las solicitudes de reembolso de medicamentos compuestos.)

1)	Fecha de surtido	Número de Rx	Cantidad	Suministro diario
	Nombre del medicamento e intensidad		Número NDC de 11 dígitos	Cantidad pagada $
	Nombre del médico que receta			Número telefónico del médico
	Nombre y direccion de la farmacia			NABP de la farmacia
2)	Fecha de surtido	Número de Rx	Cantidad	Suministro diario
	Nombre del medicamento e intensidad		Número NDC de 11 dígitos	Cantidad pagada $
	Nombre del médico que receta			Número telefónico del médico
	Nombre y direccion de la farmacia			NABP de la farmacia

INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS COMPUESTOS

Esta sección es sólo para solicitudes de reembolso del costo de medicamentos compuestos con ingredientes múltiples. La información del medicamento la debe llenar la persona que surte en la farmacia. Cada solicitud debe estar acompañada por el recibo que genere en la farmacia.

Fecha de surtido	Número de Rx	Comisión del farmacéutico $	Cantidad total pagada $
Nombre del médico que receta			Número telefónico del médico
Nombre y direccion de la farmacia			NABP de la farmacia

Ingrediente	NDC de 11 digitos	Nombre del medicamento	Cantidad métrica	Cantidad pagada
1				
2				
3				
4				
5				

Firma del farmacéutico: _____

INSTRUCCIONES

1. Llene completamente todas las secciones de esta forma. Envíe una forma separada para cada solicitud.
2. Firme y anote la fecha en el área indicada de la declaración de Certificación del miembro.
3. En caso de que no tenga los recibos detallados por receta para cada medicamento relacionado con su solicitud, puede pedirle a su farmacéutico un recibo de reemplazo o la copia del paciente.
4. La sección de la Información de medicamentos puede llenarse para cada medicamentos para el que se solicita el reembolso.
5. Si surte un medicamento compuesto, su farmacia debe llenar la sección especificada en esta forma. Si su receta no es para un medicamento compuesto, no es necesario llenar la sección de medicamento compuesto.
6. Es posible que se rechacen los reclamos que no incluyan la información suficiente. Recuerde enviar los recibos detallados por receta o la copia de la farmacia. Por favor tenga en cuenta que no se aceptan recibos de la caja de la farmacia.
7. En caso de que necesite ayuda para llenar esta forma, póngase en contacto con su farmacéutico.
8. **Saque fotocopias de sus recibos de las recetas. Guarde una copia para sus registros.**
9. Debe enviar su solicitud a:
   Cigna-HealthSpring
   Pharmacy Service Center
   P.O. Box 20002
   Nashville, TN 37202
10. ¿Preguntas? Por favor llame al Departamento de servicio al cliente al número que aparece en su tarjeta de identificación de medicamentos recetados.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number at 1-800-627-7534 (TTY 711) 8 am–8 pm MST, 7 days a week (hours apply Monday – Friday, February 15 – September 30). Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, llame a nuestro servicio al cliente al 1-800-627-7534 (TTY 711) de 8 a.m. a 8 p.m., hora estándar de la montaña, los 7 días a la semana. (horario se aplica de lunes – viernes, el 15 de Febrero al 30 de Septiembre). Todos los productos y servicios de Cigna se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluyendo Cigna Health and Life Insurance Company, Cigna HealthCare of South Carolina, Inc., Cigna HealthCare of North Carolina, Inc., Cigna HealthCare of Georgia, Inc., Cigna HealthCare of Arizona, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, Inc., HealthSpring of Tennessee, Inc., HealthSpring of Alabama, Inc., HealthSpring of Florida, Inc., Bravo Health Mid-Atlantic, Inc., y Bravo Health Pennsylvania, Inc. El nombre de Cigna, los logotipos, y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Cigna-HealthSpring tiene contrato con Medicare para planes PDP, planes HMO y PPO en ciertos estados, y con ciertos programas estatales de Medicaid. La inscripción en Cigna-HealthSpring depende de la renovación de contrato.