

# Forma de reclamo de medicamentos recetados del miembro



## 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.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No usé mi tarjeta de identificación de medicamentos recetados<br><input type="checkbox"/> Farmacia no participante ( <i>Por favor explique</i> )<br><hr/> <input type="checkbox"/> La cobertura básica la tengo con otra aseguradora. Por favor presente la Explicación de beneficios (EOB) o la carta de negativa del asegurador primario. | <input type="checkbox"/> Estaba esperando la aprobación del medicamento<br><input type="checkbox"/> Estaba inscrito retroactivamente en el plan<br><input type="checkbox"/> Surtí una receta compuesta (Por favor que su farmacéutico llene el área de receta compuesta de esta forma)<br><input type="checkbox"/> 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 dirección 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 doctor que receta			Número telefónico del médico
Nombre y dirección 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 dirección de la farmacia	NABP de la farmacia
-----------------------------------	---------------------

Ingrediente	NDC de 11 dígitos	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 medicamento 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  
Attn: Medicare Part D  
P.O. Box 14718  
Lexington, KY 40512-4718
10. ¿Preguntas? Por favor llame al Departamento de servicio al cliente al número que aparece en su tarjeta de identificación de medicamentos recetados.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge are available to you. Call 1-800-668-3813, (TTY 711), from October 1st – March 31st, 8:00 am - 8:00 pm local time, 7 days a week. From April 1st – September 30th, Monday – Friday 8:00 am - 8:00 pm local time. Messaging service used weekends, after hours, and Federal holidays. Cigna complies with applicable Federal civil rights laws, and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-668-3813 (TTY 711), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Se usa un servicio de mensajes los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Cigna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

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., Cigna HealthCare of St. Louis, Inc., HealthSpring Life & Health Insurance Company, 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. © 2020 Cigna. Parte del contenido puede estar suministrado bajo licencia.