

SEVEN CORNERS Formulario de reclamación para medicamentos recetados

¡Importante!

Siempre calcule hasta 21 días desde el momento en que envía este formulario hasta que reciba una respuesta, para tener en cuenta el tiempo que tarda el envío por correo y el procesamiento de la reclamación. Haga una copia de todos los documentos que envíe y no use grapas ni cinta para adjuntar los recibos u otros papeles a este formulario. No le devolveremos ninguno de los documentos que envíe.

Enviar a: HealthTrans
PO Box 4557
Greenwood Village, CO 80155

Información sobre el afiliado al plan

Número de ID del participante (no podemos procesar la reclamación sin un número de identificación)										Número de grupo (no podemos procesar la reclamación sin un número de grupo)									
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										R X 2 5 3 7 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
Nombre (primer y segundo nombre y apellido)															Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AAAA)				
Domicilio (nombre y número de calle, ciudad, estado, código postal)																			
Teléfono: ()										Fecha									

Información sobre el paciente

El o los medicamentos son para:

Nombre del paciente (primer y segundo nombre y apellido)										Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Información sobre la farmacia

Nombre de la farmacia										Número NABP de la farmacia									
Dirección de la farmacia (nombre y número de calle, ciudad, estado, código postal)																			
Teléfono de la farmacia ()																			

Información sobre el medicamento recetado

Adjunte los recibos de los medicamentos recetados a la parte de atrás de este formulario. Pida ayuda a su farmacéutico para completar la siguiente información, si le hace falta. No podemos procesar su reclamación si no contamos con esta información.

❶ Fecha de preparación			Nº de receta			Receta (marque una opción) <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Resurtido			Cantidad			Días de suministro			Código nacional del medicamento o NDC (11 dígitos)					
Nombre del medicamento, concentración, forma de dosificación												Médico Nombre: _____			DAW (marque una opción) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Precio del medicamento (incluido el impuesto)		
Número de la DEA: _____																				
❷ Fecha de preparación			Nº de receta			Receta (marque una opción) <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Resurtido			Cantidad			Días de suministro			Código nacional del medicamento o NDC (11 dígitos)					
Nombre del medicamento, concentración, forma de dosificación												Médico Nombre: _____			DAW (marque una opción) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Precio del medicamento (incluido el impuesto)		
Número de la DEA: _____																				
❸ Fecha de preparación			Nº de receta			Receta (marque una opción) <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Resurtido			Cantidad			Días de suministro			Código nacional del medicamento o NDC (11 dígitos)					
Nombre del medicamento, concentración, forma de dosificación												Médico Nombre: _____			DAW (marque una opción) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Precio del medicamento (incluido el impuesto)		
Número de la DEA: _____																				
❹ Fecha de preparación			Nº de receta			Receta (marque una opción) <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Resurtido			Cantidad			Días de suministro			Código nacional del medicamento o NDC (11 dígitos)					
Nombre del medicamento, concentración, forma de dosificación												Médico Nombre: _____			DAW (marque una opción) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Precio del medicamento (incluido el impuesto)		
Número de la DEA: _____																				
Nombre del medicamento, concentración, forma de dosificación												Médico Nombre: _____			DAW (marque una opción) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			Precio del medicamento (incluido el impuesto)		
Número de la DEA: _____																				

SEVEN CORNERS Formulario de reclamación para medicamentos recetados

¡Importante!

Siempre calcule hasta 21 días desde el momento en que envía este formulario hasta que reciba una respuesta, para tener en cuenta el tiempo que tarda el envío por correo y el procesamiento de la reclamación. Haga una copia de todos los documentos que envíe y no use grapas ni cinta para adjuntar los recibos u otros papeles a este formulario. No le devolveremos ninguno de los documentos que envíe.

Enviar a: HealthTrans
PO Box 4557
Greenwood Village, CO 80155

Requisitos para presentar la solicitud

DEBE incluir la copia original de todos los recibos para que procesemos su reclamación. DEBE incluir el recibo de la farmacia. Sólo aceptaremos los recibos de caja registradora para los suministros para pacientes diabéticos. Necesitamos, cómo mínimo, la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Fecha de preparación
- Cargo total
- Número de receta
- Cantidad métrica
- Nombre y dirección de la farmacia o número NABP de la farmacia
- Código nacional del medicamento (NDC)
- Días de suministro

Ejemplo de recibo de la farmacia:

Envíe este formulario completo a:

HealthTrans
Attn: Claims Processing
PO Box 4557
Greenwood Village, CO 80155

Para no tener que presentar un formulario de reclamación impreso:

Presente siempre su tarjeta en el momento de realizar su compra.

- Use siempre las farmacias de su red.
- Pida los medicamentos de su formulario.
- Si surge algún problema en la farmacia, llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta.

¡Importante! Es OBLIGATORIO firmar tanto en la parte A como la B.

A. **Norma de prevención de fraude:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud para recibir seguro o una reclamación que contenga información materialmente falsa o que encubra información con el propósito de brindar información engañosa en relación con un hecho material, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y somete a la persona a penas o castigos en el ámbito de lo civil y lo penal.

Firma del participante en el plan

Fecha

B. **Divulgación de la información:** Certifico haber recibido yo mismo (o mi dependiente elegible) el medicamento que aquí se describe y que el participante cuyo nombre aparece en este formulario es elegible para recibir los beneficios del plan de medicamentos recetados. Certifico además que el medicamento recibido no es para el tratamiento de una lesión sufrida en el lugar de trabajo ni está cubierto por otro plan de beneficios. Autorizo la divulgación de toda la información relacionada con esta reclamación a HealthTrans (el administrador de los beneficios del plan de medicamentos recetados); a la compañía aseguradora; al patrocinador del plan; al titular de la póliza; y/o al empleador. Certifico que toda la información que consta en este formulario es correcta.

Firma del participante en el plan

Fecha