

# Formulario de reclamo para medicamentos con receta



CIGNA HealthCare

## MOTIVO DE REEMBOLSO

**Este formulario de reclamo se puede usar para pedir el reembolso de los gastos cubiertos. Marque los motivos que aplican (debe marcar al menos una opción):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emergencias  | <input type="checkbox"/> Elegibilidad (explique)<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Farmacia no participante   | <input type="checkbox"/> Otro (explique)<br>_____         |
| <input type="checkbox"/> Cobertura principal con otra compañía de seguros. Dé una explicación de los beneficios (explanation of benefits, EOB) o una carta de denegación de la compañía de seguros principal. |   |

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE/PACIENTE

NOMBRE DEL **PARTICIPANTE**: \_\_\_\_\_ **EMPLEADOR**: \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CIGNA O NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL PARTICIPANTE** (aparece en el frente de la tarjeta de identificación de CIGNA): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL **PACIENTE**: \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE**: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
-USE UN FORMULARIO APARTE PARA CADA FAMILIAR- MM DD AAAA

RELACIÓN DEL **PACIENTE** CON EL PARTICIPANTE:  PARTICIPANTE  CÓNYUGE  DEPENDIENTE

GÉNERO DEL **PACIENTE**:  MASCULINO  FEMENINO

NÚMERO DE CUENTA (aparece en el frente de la tarjeta de identificación de CIGNA): \_\_\_\_\_

Declaro que la información del paciente escrita en este formulario es correcta, que el paciente nombrado es elegible para los beneficios y que el paciente ha recibido la medicación descrita. Además, declaro que la medicación recibida no es para el tratamiento de una lesión causada en el trabajo. También autorizo la divulgación de toda la información relacionada con este reclamo al administrador del plan o sus designados.

Cualquier persona que tenga la intención de engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presenta una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contiene información considerablemente falsa u (2) oculta información relacionada con cualquier hecho material para engañar o comete un acto fraudulento relacionado con el seguro que es un delito. Los residentes en los siguientes estados tienen que consultar la última página de este formulario: Alaska, Arizona, California, Colorado, distrito de Columbia, Florida, Kentucky, Maryland, Minnesota, New Jersey, New York, Oregon, Pennsylvania, Tennessee, Texas y Virginia.

FIRMA DEL **PARTICIPANTE**: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO (DIURNO): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA RECETA

1)				2)			
FECHA DE SÚRTIDO	NÚMERO DE RECETA	CANTIDAD	DÍA DE SUMINISTRO	FECHA DE SÚRTIDO	NÚMERO DE RECETA	CANTIDAD	DÍA DE SUMINISTRO
____/____/____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____
NOMBRE DEL FÁRMACO Y CONCENTRACIÓN			NDC	NOMBRE DEL FÁRMACO Y CONCENTRACIÓN			NDC
			\$ CANTIDAD PAGADA				\$ CANTIDAD PAGADA
NOMBRE DE LA FARMACIA			FARMACIA DE LA NABP	NOMBRE DE LA FARMACIA			FARMACIA DE LA NABP
DIRECCIÓN DE LA FARMACIA				DIRECCIÓN DE LA FARMACIA			
3)				4)			
FECHA DE SÚRTIDO	NÚMERO DE RECETA	CANTIDAD	DÍA DE SUMINISTRO	FECHA DE SÚRTIDO	NÚMERO DE RECETA	CANTIDAD	DÍA DE SUMINISTRO
____/____/____	_____	_____	_____	____/____/____	_____	_____	_____
NOMBRE DEL FÁRMACO Y CONCENTRACIÓN			NDC	NOMBRE DEL FÁRMACO Y CONCENTRACIÓN			NDC
			\$ CANTIDAD PAGADA				\$ CANTIDAD PAGADA
NOMBRE DE LA FARMACIA			FARMACIA DE LA NABP	NOMBRE DE LA FARMACIA			FARMACIA DE LA NABP
DIRECCIÓN DE LA FARMACIA				DIRECCIÓN DE LA FARMACIA			

# INSTRUCCIONES

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE/PACIENTE *(el participante debe completar esta sección)*

1. Complete TODA la información en el frente. Se pueden denegar, retrasar o devolver los reclamos a los que le falte información.
2. Firme y feche la declaración de la certificación en el área proporcionada.
3. Complete la sección DIRECCIÓN DE DEVOLUCIÓN de abajo.
4. Entregue un formulario aparte para cada familiar.
5. En la sección de la información de la receta, se debe incluir cada receta por la que solicita el reembolso. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con su farmacéutico.
6. **Conserve una copia para sus registros.**
7. Envíe por correo el formulario de reclamo dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de surtido de la receta junto con los recibos originales (no se aceptan recibos de caja registradora) a:  
Connecticut General Life Insurance Company  
Pharmacy Service Center  
P.O. Box 3598  
Scranton, PA 18505-0598
8. ¿Tiene preguntas? Llame al número de CIGNA HealthCare que se encuentra en su tarjeta de identificación.

Doblar

Doblar

## DIRECCIÓN DE DEVOLUCIÓN

**IMPORTANTE: ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE. ESTO APARECERÁ EN UN SOBRE CON VENTANA PARA DEVOLUCIONES. ABAJO ESCRIBA LA INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN ACTUAL:**

---

---

---

**NOMBRE DEL PARTICIPANTE**

**DIRECCIÓN DEL PARTICIPANTE**

**CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL DEL PARTICIPANTE**

**Precaución:** Cualquier persona que tenga la intención de engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presenta una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contiene información considerablemente falsa u (2) oculta información relacionada con cualquier hecho material para engañar o comete un acto fraudulento relacionado con el seguro.

### AVISO DE RECLAMO IMPORTANTE

**Residentes de Alaska:** Una persona que tiene la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros o presente un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada conforme a la ley estatal.

**Residentes de Arizona:** Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en/junto con este formulario. Cualquier persona que intencionadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

**Residentes de California:** Para su protección, la ley de California requiere que la siguiente declaración aparezca en/junto con este formulario. Cualquier persona que intencionadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

**Residentes de Colorado:** Es ilegal dar intencionadamente información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de engañar o intentar engañar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Se deberá informar a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras de cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que intencionadamente dé información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con el propósito de engañar o intentar engañar al titular de póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadera con los ingresos del seguro.

**Residentes del distrito de Columbia:** ADVERTENCIA: Es un delito dar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de engañar a la compañía de seguros o a cualquier otra persona. Entre las sanciones se incluye encarcelamiento o multas. Además, una compañía de seguros puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada con un reclamo.

**Residentes de Florida:** Cualquier persona que tiene la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o presente una declaración de reclamo o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.

**Residentes de Kentucky:** Cualquier persona que tenga la intención de engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona presenta una solicitud de seguro o una declaración de reclamo con información significativamente falsa u oculta información relacionada con cualquier hecho material para engañar o comete un acto fraudulento relacionado con el seguro, que es un delito.

**Residentes de Maryland:** Cualquier persona que deliberadamente presente información falsa en una solicitud para el seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a sanciones penales y civiles.

**Residentes de Minnesota:** Una persona que presenta un reclamo con la intención de engañar o ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

**Residentes de New Jersey:** Cualquier persona que intencionadamente presente una declaración de reclamo con información falsa o fraudulenta está sujeta a sanciones penales y civiles.

**Residentes de New York:** Cualquier persona que tenga la intención de engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona presenta una solicitud de seguro o una declaración de reclamo con información significativamente falsa u oculta información relacionada con cualquier hecho material para engañar o comete un acto fraudulento relacionado con el seguro, que es un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no exceda los \$5000 y el valor declarado del reclamo por cada infracción.

**Residentes de Oregon:** Cualquier persona que tenga la intención de engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presenta una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contiene información considerablemente falsa u (2) oculta información relacionada con cualquier hecho material para engañar o haya cometido un acto fraudulento relacionado con el seguro.

**Residentes de Pennsylvania:** Cualquier persona que tenga la intención de engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona presenta una solicitud de seguro o una declaración de reclamo con información significativamente falsa u oculta información relacionada con cualquier hecho material para engañar o comete un acto fraudulento relacionado con el seguro, que es un delito.

**Residentes de Tennessee:** Es ilegal dar intencionadamente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de engañar a la compañía. Entre las sanciones se incluye encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios del seguro.

**Residentes de Texas:** Cualquier persona que intencionadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

**Residentes de Virginia:** Cualquier persona que tenga la intención de engañar o facilite un fraude contra una compañía de seguros presente una solicitud o presente un reclamo con una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.