



Formulario de Reembolso de Medicamentos Recetados de la Parte D de Medicare

Este formulario puede ser enviado a nosotros por correo, correo electrónico o fax:

Dirección: PO Box 52077
Phoenix, Arizona 85072-2077

Correo electrónico: RxPaperClaim_AnthemMEDD@CVSHealth.com

Fax: (401)-652-1911

Información de Afiliado

#ID de afiliado _____
Nombre y Apellido _____
Fecha de Nacimiento _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Otra cobertura de medicamentos recetados

1. ¿El paciente es elegible para cobertura primaria de medicamentos recetados bajo otra compañía de seguro? Si No
2. En caso afirmativo, ¿el paciente presentó la reclamación a esta otra compañía de seguro? (En caso afirmativo, incluya la explicación de beneficios de la otra compañía de seguros.) Si No
3. ¿La otra compañía de seguros pagó como seguro primario? Si No

Información de Farmacia

Nombre _____ NPI _____
Dirección _____
Teléfono _____ Ciudad _____ Estado _____
Código postal _____

Información del Médico

Nombre _____ NPI _____
Dirección _____
Teléfono _____ Ciudad _____ Estado _____
Código postal _____

HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500).

Detalle de la prescripción

Fecha de servicio _____ #Receta _____ NDC _____

Nombre de medicamento _____ Cantidad _____

Días de suministro _____ Costo del medicamento _____

1. ¿Esta receta fue una composición? Si No2. ¿Esta receta se obtuvo en un país extranjero? Si No**Solamente para recetas compuestas (Si cubierta)**

NDC de 11-dígitos	Nombre del Ingrediente	Cantidad	Costo del ingrediente
Pago total por el afiliado			

Reclamación de vacuna Parte D de Medicare solamente (Si cubierta)

Cargo por Administración _____

Pago total por el afiliado _____

Firma del solicitante

Firma _____ Fecha _____

HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500).