

Reembolso de la oferta de ahorro de Novo Nordisk



PO Box 2355 | Morristown, NJ 07962 | A la atención de: Procesamiento de reclamaciones

Complete este formulario y envíelo con toda la información y los documentos adjuntos requeridos para ser considerado para el reembolso.

Tenga en cuenta que el reembolso puede tardar varias semanas en llegar. Para poder recibir el reembolso, los pacientes deben presentar un recibo de su farmacia donde se indique han pagado de su bolsillo el costo total del medicamento con su plan de seguro. Las reclamaciones de pacientes inscritos en algún programa de atención médica federal o estatal con cobertura para medicamentos con receta, como Medicaid, Medicare, VA, DOD, TRICARE o alguno similar, ya sea federal o estatal, **NO REÚNEN LOS REQUISITOS** para el reembolso.

Envíe este formulario completado y la información a continuación a:
Novo Nordisk Claims Processing Dept., PO Box 2355, Morristown, NJ 07962

- 1 El comprobante de compra original (el recibo original de la farmacia con el nombre de la farmacia, el nombre del producto, el número NDC, el número de receta o de Rx, la fecha en que se surtió, la cantidad, y el precio total y el copago/gasto de bolsillo pagado)
- 2 Una fotocopia legible del frente de la tarjeta del seguro principal de medicamentos con receta (Rx) del paciente, o proporcione el nombre del seguro principal de recetas médicas del paciente junto con la información del código BIN y el número PCN de la tarjeta
- 3 El nombre, la dirección, la ciudad, el estado, el código postal, el número de teléfono, la fecha de nacimiento y el gasto de bolsillo del paciente
- 4 Una fotocopia de la oferta de ahorro o el número GRP de 10 dígitos (que comienza con EC y AC) y el número de identificación de 11 dígitos que se encuentra en la oferta de ahorro

Su reembolso puede tardar de 6 a 8 semanas en llegar. Los reembolsos están sujetos a los términos, condiciones y criterios de elegibilidad del programa. Las solicitudes deben recibirse en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que se surtió la receta. Los medicamentos que se surtan antes de inscribirse en este programa no podrán recibir ayuda para copagos y no se pueden reembolsar.

Parte I - Información del paciente

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	
Dirección		Número de apartamento/suite	Ciudad
Estado	Código postal	Número de teléfono	Correo electrónico

Parte II - Información de los medicamentos y ofertas de ahorro

Nombre del medicamento de Novo Nordisk por el que está presentando una reclamación

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N.º de grupo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N.º de identificación

El número GRP de 10 dígitos (que comienza con EC y AC) y el número de identificación de 11 dígitos se encuentran en su oferta de ahorro.

Parte III - Información del seguro de medicamentos recetados

Nombre del pagador de Rx/seguro de Rx principal	Código BIN del seguro de Rx principal	Número PCN del seguro de Rx principal
Monto pagado por el seguro	Monto pagado por el paciente ("copago")	

Parte IV - Información de la farmacia

Nombre de la farmacia	Número de teléfono de la farmacia		
Dirección de la farmacia	Ciudad de la farmacia	Estado de la farmacia	Código postal de la farmacia

Parte V - Declaración de certificación

"Certifico que la información proporcionada en esta reclamación es precisa, que los gastos cuyo pago se solicita aquí reúnen los requisitos necesarios, que se produjeron realmente y que no fueron ni serán pagados por mi seguro. Certifico que no estoy inscrito en ningún programa de atención médica federal o estatal con cobertura para medicamentos con receta, como Medicaid, Medicare, VA, DOD, TRICARE o alguno similar, ya sea federal o estatal (todos programas del gobierno), o donde las leyes lo prohíban, y que cumplo con todos los términos, condiciones y requisitos de elegibilidad de la oferta de ahorro".

En apoyo de mi solicitud de reembolso de mis gastos de farmacia, autorizo a Novo Nordisk y a sus agentes a ponerse en contacto con mi farmacia para divulgar información sobre la reclamación de farmacia por la cual solicito reembolso.

Una copia de esta autorización tiene la misma validez que la original, y esta autorización será válida incluso si la firmo electrónicamente.

Firma del reclamante/paciente/tutor legal Fecha

Si no completa esta solicitud en su totalidad, se rechazará su reclamación.