

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Use este formulario para solicitar el reembolso de medicamentos cubiertos que haya comprado al costo al por menor. Llene un formulario por miembro. **Escriba en letra de imprenta legible. Hay más información e instrucciones en el reverso, léalas detenidamente.**

1 Información del miembro

Grupo de Receta (*consulte la tarjeta de identificación*) Id. del Miembro (*consulte la tarjeta de identificación*)

Apellido	Nombre	Inicial del 2.º Nombre
Dirección Postal		N.º de Apto.
Ciudad	Estado	Código Postal

El medicamento de venta con receta es para Mí Cónyuge Dependiente
 Fecha de Nacimiento (*mm/dd/aaaa*)

2 Información del padre que tiene la custodia

Para solicitudes de reembolso de un padre para un hijo (menor de 18 años) cuando el padre solicitante cumple los siguientes dos requisitos:

1. El padre no está inscrito en el mismo plan de Salud de Grupo que el hijo
2. El padre no reside en el mismo hogar que el suscriptor en virtud del plan de Salud de Grupo del hijo

Si su hijo está cubierto por dos o más planes de salud, la ley estatal determina el orden de beneficios para procesar reclamos.

Nombre del titular de la custodia legal	Teléfono de contacto del titular de la custodia legal
Nombre del titular de la custodia que solicita el reembolso	Teléfono de contacto del titular de la custodia que solicita el reembolso

El pago debe enviarse por correo a la siguiente dirección

3 Información del médico y de la farmacia

Nombre del médico que receta	Nombre de la farmacia que despacha
Número de teléfono con código de área del médico que receta	Número de teléfono con código de área de la farmacia que despacha

4 Motivo de la solicitud Seleccione las opciones correspondientes para su solicitud

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No usé mi tarjeta de identificación de Medicamentos de Venta con Receta
<input type="checkbox"/> Usé una farmacia no participante (<i>explique</i>)

<input type="checkbox"/> Surtí un medicamento de venta con receta compuesto (<i>su farmacéutico debe llenar la sección B en el reverso de este formulario</i>)
<input type="checkbox"/> Compré un medicamento fuera de los Estados Unidos
País _____
Moneda usada _____ | <input type="checkbox"/> Mi cobertura primaria es con otra compañía de seguros (<i>reclamo de coordinación de beneficios; consulte los detalles en la sección C en el reverso</i>)
<input type="radio"/> Estoy presentando una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de otro Plan de Salud o de Medicare
<input type="radio"/> Estoy presentando un recibo de copago
<input type="checkbox"/> Estaba esperando la aprobación de un medicamento
<input type="checkbox"/> Fui inscrito retroactivamente en el plan
<input type="checkbox"/> Mi farmacia facturó al plan incorrecto
<input type="checkbox"/> Otra razón (<i>explique</i>) _____
_____ |
|---|--|

5 Conformidad

Certifico que los medicamentos por los que se solicita el reembolso fueron recibidos para el uso personal del paciente mencionado anteriormente, y que yo soy (o el paciente es, si no soy yo) elegible para los beneficios de medicamentos de venta con receta. También certifico que los medicamentos recibidos no fueron para el tratamiento de una lesión laboral. Reconozco que el reembolso se me pagará directamente a mí y no es válida la cesión de estos beneficios a una farmacia ni a ningún otro tercero.

Firma: _____

Fecha: _____



The company does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in health programs and activities.

Free services are provided to help you communicate with us, such as letters in other languages or large print. You may also ask to speak with an interpreter. To ask for help, please call the toll-free phone number listed on your ID card.

ATENCIÓN: Si habla español (**Spanish**), la compañía no discrimina por raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en actividades y programas de salud.

Se brindan servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o en letra grande. También puede solicitar comunicarse con un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

請注意：如果您說中文 (Chinese)，公司不会基于种族、肤色、国籍、性别、年龄或残疾而在健康计划和活动中歧视任何人。

为帮助您与我们沟通，我们提供一些免费服务，例如用其他语言书写的信件或大字体。您也可以要求与口译员对话。欲寻求帮助，请拨打您的 ID 卡上列出的免费电话号码。