



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Use este formulario para solicitar el reembolso de los medicamentos cubiertos comprados al costo al por menor. Llene un formulario por miembro. **Escriba en letra clara. Lea atentamente la información y las instrucciones adicionales en el reverso.**

1 Información del miembro

Identificación de miembro <i>(consulte la tarjeta de identificación)</i>			Nombre del plan de salud										
Nombre del grupo/empleador		Estado del Plan de Salud											
Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre											
Dirección postal			N.º de apt.										
Ciudad	Estado	Código postal	Fecha de nacimiento <i>(mm/dd/aaaa)</i> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>										
Sexo			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F										

2 Información del médico y de la farmacia

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

3 Motivo de la solicitud

- Seleccione las opciones que correspondan a su solicitud:
- No usé mi tarjeta de identificación del plan de medicamentos recetados.
 - Usé una farmacia no participante por alguno de los siguientes motivos:
 - Viajé fuera del área de servicio de mi plan y necesité mi medicamento pero no pude tener acceso a una farmacia de la red.
 - No pude obtener mi medicamento oportunamente en una farmacia de la red ubicada dentro de una distancia razonable en automóvil ni en una farmacia con servicio de medicamentos por correo de la red.
 - Una farmacia fuera de la red ubicada dentro de una institución de cuidado (departamento de emergencias, consultorio o clínica donde atiende su proveedor, centro de cirugía ambulatoria u otra instalación para pacientes ambulatorios) suministró mi medicamento mientras era paciente.
 - Fui evacuado de mi residencia o fui refugiado debido a una catástrofe o emergencia de salud declarada por el gobierno estatal o federal.
 - Surtí una receta de un medicamento compuesto *(su farmacéutico debe llenar la sección B en el reverso de este formulario)*.
 - Mi cobertura primaria es de otra compañía de seguros *(reclamación de pago de coordinación de los beneficios, consulte la sección C en el reverso para ver detalles)*.
 - Estoy presentando una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de otro plan de salud o de Medicare.
Nombre del plan de salud primario: _____
 - Estoy presentando un recibo de copago.
 - Estaba esperando la aprobación de un medicamento.
 - Fui inscrito retroactivamente en el plan.
 - Mi farmacia facturó al plan equivocado.



- Vacuna y/o administración de vacuna
 - Receta de vacunas surtida en: Farmacia Consultorio del médico
 - Vacuna administrada por: Farmacia Consultorio del médico
 - Aplicable al costo de la reclamación de pago (seleccione todo lo que corresponda):
 - Costo de administración
 - Costo de la vacuna
- Otro motivo (*explique*) _____

4 Confirmación

Certifico que el paciente para el cual se hace esta reclamación de pago está cubierto por este programa de medicamentos recetados y que la receta es para el uso exclusivo del paciente nombrado. Además, certifico que las reclamaciones de pago enviadas no reúnen los requisitos para el pago en un programa de seguro automotor sin culpa o de compensación del seguro laboral. También autorizo a divulgar toda la información relativa a esta reclamación de pago al administrador del plan, compañía aseguradora, titular de la póliza patrocinada y/o empleador.

X _____

Firma del miembro o del representante autorizado

Fecha

NOTA: si, en lugar del miembro, un representante autorizado llena y firma el formulario, la solicitud se debe acompañar de una Autorización de Representante (Authorization of Representation, AOR) o debe haber un poder legal (Power of Attorney, POA) archivado con el plan.



