

Formulario de Reclamo para Reembolso de Farmacia

Por favor lea el reverso para conocer las instrucciones. Complete toda la información.

Un formulario incompleto puede retrasar su reembolso.

Información del Miembro/Suscriptor *Consulte su Tarjeta de Identificación.*

RxGrp

Identificación del Miembro

Nombre del Miembro (Nombre y Apellido)

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Información sobre el Paciente

Nombre del Paciente (Nombre y Apellido)

Fecha de nacimiento del Paciente (Mes/Día/Año)

Género *Relación con el Miembro/Suscriptor*

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> 1 Suscriptor | <input type="checkbox"/> 5 Dependiente Incapacitado |
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> 2 Cónyuge | <input type="checkbox"/> 6 Padre o Madre Dependiente |
| | <input type="checkbox"/> 3 Hijo Elegible | <input type="checkbox"/> 7 Pareja de Unión Libre |
| | <input type="checkbox"/> 4 Estudiante Dependiente | <input type="checkbox"/> 8 Otros |

Información sobre la Farmacia

Nombre de la Farmacia

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono (incluir el código de área)

X

Firma del Farmacéutico o Representante (si su plan de farmacia la requiere)

NCPDP#/NPI# (Número de Cuenta de la Farmacia) (Número de 11 Dígitos)

Recibos de Reclamos

(Por favor, lea la Sección A, en el reverso, para obtener detalles.)

Marque el casillero correspondiente si sus recibos son por:

Una receta compuesta

Asegúrese de que su farmacéutico detalle TODOS los números de 11 dígitos de NDC VÁLIDOS y los ingredientes y cantidades en la receta.

UN FORMULARIO DE RECLAMO POR PRESENTACIÓN DE COMPUESTO

Medicamento comprado fuera de los Estados Unidos.

Por favor, indique:

País _____

Moneda utilizada _____

Medicamento para la alergia

(si está cubierto por su plan de farmacia) _____

Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo o una solicitud que contenga información materialmente falsa, engañosa, incompleta o confusa en relación con dicho reclamo, puede estar cometiendo un acto fraudulento en contra de la ley de seguros, lo que constituye un delito, y dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales o civiles, que incluyen multas y/o encarcelamiento, o denegación de beneficios.*

Por favor, pegue los recibos con cinta adhesiva en el reverso.

Reconocimiento

Certifico que el o los medicamentos descritos anteriormente se recibieron para ser utilizados por el paciente antes detallado, y que yo (o el paciente, si no soy yo) soy elegible para los beneficios de medicamentos de venta con receta. Certifico también que el medicamento recibido no fue para una lesión laboral. Reconozco que el reembolso se me pagará directamente y que la asignación de estos beneficios a una farmacia o a cualquier otra parte no tiene validez.

X

Firma del Miembro/Suscriptor

