



FORMULARIO DE REEMBOLSO DE RECLAMOS POR RECETAS

Para el reembolso de reclamos, complete y envíe por correo este formulario a:

Pharmacy Services | 5 River Park Place East, Suite 210 | Fresno, CA 93720

Los formularios también pueden enviarse por fax al (844) 678-5767.

Los formularios incompletos retrasarán el procesamiento.

El servicio de atención al cliente de los Servicios de Farmacia se puede contactar en el (800) 413-7721

Para ser completado por la persona asegurada. Escriba claramente EN LETRA DE MOLDE

I. Información sobre el(la) afiliado(a)		II. Información sobre el plan de recetas	
Nombre del(de la) afiliado(a):		Número de identificación del(de la) afiliado(a) asegurado(a):	
Dirección:		Número de grupo:	
Fecha de nacimiento:	Teléfono:	Empleador:	
III. Información sobre el(la) paciente			
Relación con el(la) asegurado(a): <input type="checkbox"/> Sí mismo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro: _____			
¿Está el(la) paciente cubierto(a) por algún otro plan de beneficio médico, plan de reembolso de póliza de grupo, Medicare u otros planes gubernamentales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de la persona que tiene la cobertura: _____			
Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de la cobertura alternativa (nombre del grupo, empleador, asociación, etc): _____			
Enfermedad o lesión del(de la) paciente (si es una lesión, incluya una descripción del accidente, incluidos la fecha y el lugar).			
¿La afección es consecuencia del empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, proporcione la fecha en la que trabajó por última vez antes de recibir el tratamiento por el cual se presentó el reclamo: _____			
IV. Información sobre las recetas			
<i>Esta sección debe ser completada por usted o por su farmacéutico que la surte. Debe adjuntarse una etiqueta de receta por cada receta. Además, incluya una copia del recibo de la farmacia con este formulario.</i>			
Nombre de la farmacia:		Dirección de la farmacia:	
Número de la receta:		Fecha de Suministro:	Cantidad:
Nombre y concentración de la receta:		Días de Suministro (30,60,90):	
NDC #:	DAW:	Precio:	Comentarios:
Nombre de la farmacia:		Dirección de la farmacia:	
Número de la receta:		Fecha de Suministro:	Número de la receta:
Nombre y concentración de la receta:		Días de Suministro (30,60,90):	
NDC #:	Precio:	Precio:	Comentarios:

Firme y feche aquí: Certifico que la información anterior es correcta y que las recetas enumeradas son para mí o para los miembros elegibles de mi familia que han recibido el medicamento descrito anteriormente, y autorizo la divulgación de toda la información contenida en este formulario de reclamo para los servicios de farmacia y mi patrocinador del plan.

Firma: _____

Fecha de la firma: _____