

Formulario para reembolso de reclamación por recetas

Para reembolso de reclamaciones, complete y envíe este formulario a Pharmacy Services, 57625 N Palm Ave, Suite 107 Fresno, CA. 93711. Los formularios también se pueden enviar por fax a (844) 678-5767.

Los formularios incompletos demorarán el proceso. Puede llamar a servicio al cliente de Pharmacy Services al (800) 413-7721.

¡Importante!

- Es nuestra intención procesar las reclamaciones en un plazo de 30 días
- Guarde una copia de todos los documentos que presente para su referencia
- No se garantiza el reembolso; las reclamaciones están sujetas a límites, exclusiones y disposiciones del Plan

Para que lo complete el asegurado. Por favor escriba claramente EN LETRA DE IMPRENTA.

I. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO		II. INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS	
Nombre del miembro:		Núm. de identificación del asegurado:	
Dirección:		Núm. de grupo:	
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Teléfono:	Empleador:	
III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Relación con el asegurado: <input type="checkbox"/> Él mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otra _____			
Coordinación de beneficios (COB) ¿Está cubierto el medicamento bajo cualquier otro seguro grupal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No *Si otra cobertura es Primaria, incluya la Explicación de beneficios (EOB) con este formulario.			
Explicación para la solicitud.			

IV. INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA

Esta sección la debe completar usted o el farmacéutico que surte la receta. Para cada receta se debe adjuntar una etiqueta de receta.
Además, incluya con este formulario una copia de su recibo de farmacia.

Nombre de la farmacia:		Dirección de la farmacia:	
Número de prescripción:		Fecha de surtido: _____/_____/_____	Cantidad:
Nombre y concentración del medicamento:		Días de suministro (30, 60, 90):	
Núm. NDC:	DAW:	Precio:	Comentarios:
Nombre de la farmacia:		Dirección de la farmacia:	
Número de prescripción:		Fecha de surtido: _____/_____/_____	Cantidad:
Nombre y concentración del medicamento:		Días de suministro (30, 60, 90):	
Núm. NDC:	DAW:	Precio:	Comentarios:

¡Importante! La firma es obligatoria.

Firme y feche aquí: Certifico que la información anterior es correcta y los medicamentos recetados que se indican arriba son para mí o miembros elegibles de mi familia quienes han recibido el medicamento que se describe arriba, y autorizo la divulgación de toda la información contenida en este formulario de reclamación a Pharmacy Services y mi patrocinador del plan.

Firma: _____

Fecha de la firma: _____