

Formulario de reclamación de reembolso de farmacia

Lea la parte posterior para obtener instrucciones.
Proporcione todos los datos solicitados.
Un formulario incompleto puede retrasar su reembolso.

Información del miembro/afiliado

Vea su tarjeta de identificación.

RxGrp

Número de identificación de afiliado

Nombre del afiliado (Nombre, Apellido)

(Domicilio) No. y Calle

Ciudad Estado Código postal (Zip)

Información del paciente

Nombre del paciente (Nombre, Apellido)

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

| Sexo | Relación con el miembro/afiliado |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> 1 Es usted |
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> 2 Cónyuge |
| | <input type="checkbox"/> 3 Hijo que reúne los requisitos |
| | <input type="checkbox"/> 4 Estudiante dependiente |
| | <input type="checkbox"/> 5 Dependiente discapacitado |
| | <input type="checkbox"/> 6 Padre o madre dependiente |
| | <input type="checkbox"/> 7 Pareja (no cónyuge) |
| | <input type="checkbox"/> 8 Otro |

Información de la farmacia

Nombre de la farmacia

(Domicilio) No. y Calle

Ciudad Estado Código postal (Zip)

No. telefónico (con prefijo de zona)

Firma del farmacéutico o representante (Si lo requiere su plan de farmacia)

NCPDP#/NPI# (Número de cuenta de la farmacia) (Número de 11 dígitos)

Confirmación

Certifico que el (los) medicamento(s) descrito(s) arriba se recibió (recibieron) para ser utilizado(s) por el paciente identificado arriba, y que yo (o el paciente, si se trata de otra persona) reúno los requisitos para recibir los beneficios de medicamentos recetados. También certifico que el medicamento recibido no se usó para el tratamiento de una lesión sufrida en el trabajo. Reconozco que el reembolso se me pagará directamente, y que queda anulada la asignación de estos beneficios a una farmacia o a cualquier otra entidad.

Firma del miembro/afiliado (se requiere para el procesamiento)
Form No. HPNSHL-RxClaimForm

Recibos de reclamación (Lea la sección A al dorso si desea información detallada).

Marque la casilla de verificación apropiada para indicar la categoría a la que corresponden sus recibos:

- Medicamento recetado compuesto**
Asegúrese de que su farmacéutico incluya TODOS los números NDC de 11 dígitos VÁLIDOS, así como los ingredientes y las cantidades que aparecen en el recibo.
- Medicamento comprado fuera de los Estados Unidos**
Indicar:
País _____
Moneda utilizada _____
- Medicamento para la alergia**
(si lo cubre su plan de farmacia)

Coordinación de beneficios

(Otro plan de salud pagó una porción)
¿Es esta una reclamación con coordinación de beneficios?

- Sí No
- Si la respuesta es "Sí", lea la sección B al dorso de este formulario para obtener información detallada y marque la casilla que corresponda a su método de cobertura principal.
- 1 Usted va a enviar una Explicación de beneficios (EOB) de otro plan de salud o de Medicare
 - 3 Usted va a enviar un recibo de copago

Cualquier individuo que presente una reclamación o solicitud que contenga información materialmente falsa, falaz, incompleta o engañosa sobre dicha reclamación, intencionalmente y con el propósito de defraudar, dañar o engañar a cualquier compañía de seguros, puede estar cometiendo un acto de fraude de seguros, lo cual es un delito que puede exponer a dicho individuo a castigos penales o civiles, incluyendo multas o encarcelamiento, o la denegación de beneficios.*

Adjunte los recibos pegándolos con cinta adhesiva en la otra cara de este formulario.

