

Formulario de reembolso directo por medicamento recetado para miembros.

Complete y devuelva este formulario cuando haya pagado el precio total de un medicamento recetado a un costo minorista y esté solicitando un reembolso.

Envíe este formulario con el/los recibo(s) originales de la receta de medicamentos. Los recibos de la caja registradora y de la tarjeta de crédito por sí solos no son aceptables como comprobante de compra. **El reembolso no está garantizado, ya que las reclamaciones aún están sujetas a las reglas de beneficios del plan.**

Información del paciente (un formulario por paciente)

Nombre del plan de salud (seguro) (en letra de imprenta)

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento

Número de identificación

Dirección postal (número, calle, ciudad, estado y código postal)

Nombre del médico que emite la receta

Número de teléfono del médico

Motivo de la solicitud (Se debe marcar al menos una opción)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicamentos de emergencia fuera del área | <input type="checkbox"/> Medicamento compuesto |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de medicamentos/vacaciones que no sean de emergencia | <input type="checkbox"/> No se encontró al miembro en el sistema de farmacia |
| <input type="checkbox"/> No hay tarjeta de identificación ni número de identificación disponibles | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Coordinación de beneficios (del seguro principal— complete la sección a continuación) | _____ |

Certifico que el paciente para quien se realiza esta reclamación es una persona cubierta en este Programa de medicamentos recetados y que la receta de medicamentos es para el uso exclusivo del paciente mencionado. También certifico que la(s) reclamación/reclamaciones que se presentan para el pago no son elegibles para el pago en virtud de un programa de seguro de automóvil o compensación de trabajadores sin culpa. También autorizo la divulgación de toda la información relacionada con esta(s) reclamación/reclamaciones al administrador del plan, al asegurador, al titular de la póliza patrocinada y/o al empleador.

Firma del miembro/suscriptor

Fecha

Instrucciones especiales

El recibo de la etiqueta de la receta de medicamentos debe tener la siguiente información claramente legible o el reembolso puede retrasarse o rechazarse. Revise el ejemplo en la segunda página. **El/los reclamo(s) se devolverán si la firma del miembro/suscriptor no está presente.**

- Nombre de la farmacia
- Nombre del fármaco, NDC, concentración y cantidad
- Nombre del médico que emite la receta
- Número de receta de medicamentos y fecha de surtido
- Gastos pagados por el miembro

Envíe por correo el/los recibo(s) de la etiqueta y este formulario completado a:

RightwayRx
P.O. Box 996
Attn: Paper Claims
Portland, ME 04104

Ejemplo de etiqueta de receta de medicamentos

A continuación, se muestra un ejemplo de una etiqueta de receta de medicamentos típica. Use esto como guía para confirmar que toda la información necesaria está disponible en la etiqueta de la receta de medicamentos de la farmacia antes de enviar este formulario para el reembolso.

XYZ Pharmacy
Store 1234
555 Street Road
New York, NY 10010

Rx #: 123456
JANE DOE

AMOXICILLIN 500MG CAPSULES (TEVA)
NDC: 12345-1234-01

Take one (1) capsule by mouth three (3) times a day.

Phone: 555-555-1212
Date of Fill: 01/01/2022
Physician Name: Dr. Smith
NPI: 1234567890

Copay: \$5.00
Quantity: 30
Day Supply: 10
Refills Remaining: 1
Original Date: 01/01/2022