

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Use este formulario para solicitar el reembolso de medicamentos cubiertos que haya comprado al costo al por menor. Llene un formulario por miembro. **Escriba en letra de imprenta legible. Hay más información e instrucciones en el reverso, léalas detenidamente.**

**1**

### Información del Miembro

Grupo de Receta <i>(consulte la tarjeta de identificación)</i>			Id. del Miembro <i>(consulte la tarjeta de identificación)</i>		
Apellido		Nombre		Inicial del 2.º Nombre	
Dirección Postal				N.º de Apto.	
Ciudad	Estado	Código Postal	La receta es para <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente		
			Género <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
			Fecha de Nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>(mm/dd/aaaa)</i>		

**2**

### Información del Padre que Tiene la Custodia

Para solicitudes de reembolso de un padre para un hijo (menor de 18 años) cuando el padre solicitante cumple los siguientes dos requisitos:

1. El padre no está inscrito en el mismo plan de Salud de Grupo que el hijo
2. El padre no reside en el mismo hogar que el suscriptor en virtud del plan de Salud de Grupo del hijo

**Si su hijo está cubierto por dos o más planes de salud, la ley estatal determina el orden de beneficios para procesar reclamos.**

Nombre del titular de la custodia legal	Teléfono de contacto del titular de la custodia legal
Nombre del titular de la custodia que solicita el reembolso	Teléfono de contacto del titular de la custodia que solicita el reembolso

El pago debe enviarse por correo a la siguiente dirección

**3**

### Información del Médico y la Farmacia

Nombre del médico que receta	Nombre de la farmacia que despacha
Número de teléfono con código de área del médico que receta	Número de teléfono con código de área de la farmacia que despacha

### Motivo de la Solicitud Seleccione las opciones correspondientes para su solicitud

**4**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No usé mi tarjeta de identificación de medicamentos de venta con receta.</li> <li><input type="checkbox"/> Usé una farmacia no participante <i>(por favor, explique)</i>.<br/>_____</li> <li><input type="checkbox"/> Surtí un medicamento de venta con receta compuesto <i>(su farmacéutico debe llenar la sección B en el reverso de este formulario)</i>.</li> <li><input type="checkbox"/> Compré un medicamento fuera de los Estados Unidos.<br/>País _____<br/>Moneda utilizada _____</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mi cobertura primaria es con otra compañía de seguros <i>(reclamo de coordinación de beneficios, consulte los detalles en la Sección C en el reverso)</i>.                         <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Estoy presentando una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de otro Plan de Salud o de Medicare.</li> <li><input type="checkbox"/> Estoy presentando un recibo de copago.</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Estoy esperando la aprobación de un medicamento.</li> <li><input type="checkbox"/> Me inscribí retroactivamente en el plan.</li> <li><input type="checkbox"/> Mi farmacia facturó al plan incorrecto.</li> <li><input type="checkbox"/> Otro <i>(por favor, explique)</i> _____</li> </ul> |
|--|--|

## Reconocimiento

Certifico que los medicamentos para los cuales se solicita el reembolso fueron recibidos para uso del paciente arriba indicado, y que yo (o el paciente, si no soy yo) soy elegible para los beneficios de medicamentos de venta con receta. También certifico que los medicamentos recibidos no fueron para el tratamiento de una lesión laboral. Reconozco que el reembolso se me pagará directamente a mí y que la asignación de estos beneficios a una farmacia o a cualquier otro tercero es nula.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Instrucciones para Presentar el Formulario

1. Incluya el recibo original de la farmacia de cada medicamento (no el recibo de la caja registradora). Los recibos de la farmacia deben contener la información de la Sección A (abajo). Si no tiene los recibos de la farmacia, pídale a la farmacia que se los entregue.
2. Lea detenidamente el Reconocimiento (sección 4) en el anverso de este formulario. Luego firme y escriba la fecha. Imprima la página 2 de este formulario en el reverso de la página 1.
3. Llene el formulario y envíelo con los recibos de la farmacia a: **OptumRx Claims Department, P.O. Box 29077, Hot Springs, AR 71903**

Nota: Los recibos de caja registradora y tarjeta de crédito no son comprobantes de compra. Es posible que los formularios incompletos se devuelvan y que esto retrase el reembolso. No se garantiza el reembolso. Los reclamos están sujetos a los límites, exclusiones y disposiciones de su plan.

### Sección A. Recibos de la Farmacia para Reembolso

Use la siguiente lista de verificación para asegurarse de que sus recibos tengan toda la información requerida para su solicitud de reembolso:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fecha en que se surtió la receta                        | <input type="checkbox"/> Número de Código Nacional de Medicamentos (NDC) | <input type="checkbox"/> Número de receta (número de Rx) |
| <input type="checkbox"/> Nombre y dirección de la farmacia                       | <input type="checkbox"/> Nombre del medicamento y concentración          | <input type="checkbox"/> Cantidad                        |
| <input type="checkbox"/> Nombre o número de identificación del médico que receta |  |  |

### Sección B. Información sobre la Farmacia (SOLAMENTE para medicamentos de venta con receta compuestos)

(El farmacéutico debe llenar y firmar esta sección)

- Escriba el número de NDC de 11 dígitos VÁLIDO (ordenados de mayor a menor según el costo) en el cuadro de la derecha. Incluya CADA ingrediente usado en el medicamento de venta con receta compuesto.
- Para cada número de NDC, indique la cantidad expresada en unidades métricas de comprimidos, gramos, mililitros, cremas, ungüentos, inyectables, etc.
- Indique la cantidad TOTAL que pagó el paciente.
- Se deben adjuntar los recibos al formulario de reclamo.

\* La suma de las cantidades individuales debe coincidir con la cantidad total.

† La suma de los costos de los ingredientes individuales más la tarifa de preparación debe coincidir con el total de los costos de los ingredientes.

N.º de Receta	Fecha en que se Surtió	Días de Suministro
NDC de 11 dígitos VÁLIDO		Cantidad*
		Costo del Ingrediente <sup>†</sup>
Costo de Preparación		
Total		

X \_\_\_\_\_  
Firma del Farmacéutico



---

## Sección C. Coordinación de Beneficios

Usted debe presentar los reclamos dentro del año de la fecha de compra o según lo exija su plan.

**Cuando presente una Explicación de Beneficios de otro Plan de Salud o de Medicare:** Si aún no lo ha hecho, envíe el reclamo al Plan Primario o a Medicare. Una vez que reciba la Explicación de Beneficios, llene este formulario, presente los recibos de la farmacia y adjunte la Explicación de Beneficios. La Explicación de Beneficios debe indicar claramente el costo de la receta y la cantidad pagada por el Plan Primario o por Medicare.

**Cuando presente un recibo de copago:** Si su Plan Primario le exige que pague un copago o coaseguro a la farmacia, usted no necesitará una Explicación de Beneficios. Simplemente llene este formulario y envíe los recibos de la farmacia que tengan la cantidad que pagó en la farmacia. Estos recibos se usarán en lugar de la Explicación de Beneficios.

---

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de estafar, dañar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo o solicitud que contenga cualquier información sustancialmente falsa, engañosa, incompleta o que induzca a error, correspondiente a dicho reclamo puede estar cometiendo un acto de fraude contra el seguro, lo cual constituye un delito y puede hacer que la persona esté sujeta a sanciones penales o civiles, incluidas multas y/o encarcelamiento, o la denegación de beneficios.\*

\* **Arizona:** Para su protección, las leyes de Arizona requieren que el siguiente mensaje aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

\* **California:** Para su protección, las leyes de California requieren que el siguiente mensaje aparezca en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.

---





La compañía no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en programas y actividades de salud.

Se proporcionan servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o letra grande. También puede solicitar hablar con un intérprete. Para recibir ayuda, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

**ATENCIÓN:** Si habla **español (Spanish)**, La compañía no discrimina por raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad en actividades y programas de salud.

Se brindan servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o en letra grande. También puede solicitar comunicarse con un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación.

請注意：如果您說中文 (**Chinese**)，公司不会基于种族、肤色、国籍、性别、年龄或残疾而在健康计划和活动中歧视任何人。

为帮助您与我们沟通，我们提供一些免费服务，例如用其他语言书写的信件或大字体。您也可以要求与口译员对话。欲寻求帮助，请拨打您的 ID 卡上列出的免费电话号码。

