

Formulario de solicitud de reembolso de medicamentos recetados

Utilice este formulario para solicitar el reembolso de los medicamentos cubiertos comprados a costo minorista. Complete un formulario por miembro. **Escriba con letra de imprenta clara. Lea atentamente la información adicional y las instrucciones que se indican al dorso.**

1. Información del miembro

RxGroup (consulte la tarjeta de identificación)		Identificación de miembro (consulte la tarjeta de identificación)	
Apellido		Nombre	Inicial del segundo nombre
Dirección de correo postal			N.º de apto.
Ciudad		Estado	Código postal
La receta es para ☐ usted mismo ☐ cónyuge ☐ dependiente		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	

2. Información del padre/madre con custodia

Para solicitudes de reembolso de padre/madre para un hijo (menor de 18 años) si el padre/la madre solicitante cumple con estos dos requisitos:

1. La madre/el padre no está inscrito en el mismo plan de salud grupal que el hijo.
2. La madre/el padre no reside en el mismo hogar que el suscriptor del plan de salud grupal del niño.

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

Nombre del tutor legal	Teléfono de contacto del tutor legal
Nombre del tutor que solicita el reembolso	Teléfono de contacto del tutor que solicita el reembolso

Enviar el pago por correo postal a

3. Información sobre el médico y la farmacia

Nombre del médico que emite la receta	Nombre de la farmacia que entrega el medicamento
Número de teléfono del médico que emite la receta con código de área	Número de teléfono de la farmacia que entrega el medicamento con código de área

4. Motivo de la solicitud Seleccione las opciones adecuadas para su solicitud

- | | |
|---|--|
| ☐ No utilicé mi tarjeta de identificación para medicamentos recetados.
☐ Mi cobertura primaria es con otra compañía de seguros (coordinación de reclamaciones de beneficios; consulte la sección D al dorso para obtener detalles).
☐ Envío una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de otro plan de salud o Medicare.
☐ Envío un recibo de copago.
☐ Utilicé una farmacia no participante (explique).
☐ Mi farmacia facturó al plan equivocado.
☐ Compré un anticonceptivo de venta libre (Over-the-Counter, OTC) (consultar sección B) | ☐ Surtí un medicamento recetado compuesto (su farmacéutico debe completar la sección C al dorso de este formulario).
☐ Estaba esperando la aprobación de un medicamento.
☐ Compré medicamentos fuera de los Estados Unidos.
País _____
Moneda usada _____
☐ Otro (explique) |
|---|--|

5. Acuse de recibo

Certifico que el (los) medicamento(s) por el (los) que se solicita este reembolso se recibió (recibieron) para que lo(s) usara(n) el paciente mencionado anteriormente, y que yo (o el paciente, si no soy yo) soy (es) elegible para recibir los beneficios de medicamentos recetados. También certifico que los medicamentos recibidos no se utilizaron para tratar una lesión en el lugar de trabajo. Reconozco que me pagarán el reembolso directamente a mí y que la cesión de estos beneficios a una farmacia o a cualquier otra parte no tendrá validez.

Firma: _____ Fecha: _____

Instrucciones para enviar el formulario

1. Incluya el recibo original de la farmacia para cada medicamento (no el recibo de la caja registradora). Los recibos de la farmacia deben contener la información de la Sección A (a continuación). Si no tiene recibos de la farmacia, pídale a su farmacia que se los proporcione.
2. Los recibos de anticonceptivos de venta libre deben contener toda la información de la Sección B.
3. Lea detenidamente el Acuse de recibo (sección 5) en la portada de este formulario. Luego fírmelo y coloque la fecha. Imprima la página 2 de este formulario, al dorso de la página 1.
4. Envíe el formulario completo con los recibos de la farmacia a: **Optum Rx Claims Department, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334**

Nota: Los recibos en efectivo y con tarjeta de crédito no se consideran prueba de compra. Los formularios incompletos pueden ser devueltos y pueden retrasar el reembolso. El reembolso no está garantizado. Las reclamaciones están sujetas a los límites, las exclusiones y las disposiciones de su plan.

Sección A: Recibos de la farmacia para el reembolso

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

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Fecha en que se surtió la receta | ☐ Número del Código Nacional de Medicamentos (National Drug Code, NDC) | ☐ Número de receta (número de Rx) |
| ☐ Nombre y dirección de la farmacia | ☐ Nombre del fármaco y concentración | ☐ Cantidad |
| ☐ Nombre o número de identificación del médico que receta | | |

Sección B: Recibos de anticonceptivos de venta libre

Utilice la siguiente lista de verificación para asegurarse de que sus recibos tengan toda la información o de que usted la haya ingresado en el espacio proporcionado. Toda esta información es necesaria para su solicitud de reembolso de anticonceptivos de venta libre:

- | | |
|--|-------|
| ☐ Fecha de compra | _____ |
| ☐ Nombre del anticonceptivo comprado | _____ |
| ☐ Cantidad (p. ej., una caja, 28 comprimidos, etc.) | _____ |
| ☐ Lugar donde se compró el artículo | _____ |
| ☐ Confirmación del precio pagado | _____ |

Sección C: Información de la farmacia (SOLO para medicamentos compuestos recetados)

(Debe completarlo y firmarlo el farmacéutico)

- Escriba el número de NDC de 11 dígitos VÁLIDO (costo de mayor a menor) en la casilla de la derecha. Incluya CADA ingrediente utilizado en el medicamento compuesto recetado.
- Para cada número de NDC, indique la cantidad métrica expresada en el número de comprimidos, gramos, mililitros, cremas, ungüentos, inyectables, etc.
- Indique el monto TOTAL pagado por el paciente.
- Se deben proporcionar los recibos junto con este formulario de reclamación.

* Las cantidades individuales deben ser iguales a la cantidad total.

† Los costos de los ingredientes individuales más los cargos por composición deben ser iguales a los costos totales de los ingredientes.

N.º de receta	Fecha de surtido	Días de provisión
Nro. de NDC de 11 dígitos VÁLIDO		Cantidad*
		Costo del ingrediente†
Cargo por composición		
Total		

X _____
Firma del farmacéutico

Sección D: Coordinación de beneficios

Debe presentar las reclamaciones dentro del plazo de un año a partir de la fecha de compra o según lo exija su plan.

Cuando presenta una Explicación de Beneficios (EOB) de otro plan de salud o Medicare: Si aún no lo hizo, presente la reclamación al plan primario o a Medicare. Una vez que reciba la EOB, complete este formulario, envíe los recibos de farmacia y adjunte la EOB. La EOB debe indicar claramente el costo de la receta y el monto pagado por el plan primario o Medicare.

Al presentar un recibo de copago: Si su plan primario requiere que usted pague un copago o coseguro a la farmacia, entonces no se necesita una EOB. Simplemente complete este formulario y envíe los recibos de farmacia que muestren el monto que pagó en la farmacia. Estos recibos servirán como EOB.

Cualquier persona que, a sabiendas y con el objetivo de defraudar a una compañía de seguros, presente una reclamación o aplicación que contenga información sustancialmente falsa, engañosa, incompleta o confusa relacionada con dicha reclamación puede estar cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, lo que representa un delito y la persona puede estar sujeta a sanciones penales o civiles, incluidas multas o prisión, o denegación de beneficios*.

***Arizona:** Para su protección, la ley de Arizona exige que se incluya la siguiente declaración en este formulario. Cualquier persona que presente, de manera intencional, alguna reclamación falsa o fraudulenta relacionada con un pago o una pérdida está sujeta a recibir sanciones penales y civiles.

***California:** Para su protección, la ley de California exige que se incluya lo siguiente en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida será culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y detención en una prisión estatal.

The company does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in health programs and activities.



Free services are provided to help you communicate with us, such as letters in other languages or large print. You may also ask to speak with an interpreter. To ask for help, please call the toll-free phone number listed on your ID card.

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。

