



# 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

RxGroup (consulte la tarjeta de id.)

Id. del Miembro (consulte la tarjeta de id.)

Apellido

Nombre

Inicial del 2.º Nombre

Dirección Postal

N.º de Dpto.

Ciudad

Estado

Código Postal

El medicamento de venta con receta es para  Mí  Cónyuge  Dependiente

Fecha de Nacimiento  
(mm/dd/aaaa)

## 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 de 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

## 4 Motivo de la solicitud

 Seleccione las opciones correspondientes a su solicitud

- No usé mi tarjeta de identificación de Medicamentos de Venta con Receta  
 Usé una farmacia no participante (explique) \_\_\_\_\_

- Surtí un medicamento de venta con receta compuesto (su farmacéutico debe llenar la sección B en el reverso de este formulario)

- Compré un medicamento fuera de los Estados Unidos País \_\_\_\_\_

Moneda usada \_\_\_\_\_

- Mi cobertura primaria es con otra compañía de seguros (reclamo de coordinación de beneficios; consulte los detalles en la sección C en el reverso)

Estoy presentando una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de otro Plan de Salud o de Medicare

Estoy presentando un recibo de copago

- Estaba esperando la aprobación de un medicamento

- Fui inscrito retroactivamente en el plan

- Mi farmacia facturó al plan incorrecto

- Otro (explique) \_\_\_\_\_

## 5 Conformidad

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 para 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 la Conformidad (sección 5) 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, PO Box 650334, Dallas, TX 75265-0334**

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:

- Fecha en que se surtió la receta       Número del Código Nacional de Medicamentos (NDC)       Número de la receta ("Rx number")  
 Nombre y dirección de la farmacia       Nombre y concentración del medicamento       Cantidad  
 Nombre o número de identificación del médico que receta

**Sección B. Información de la farmacia** (SOLAMENTE para medicamentos de venta con receta compuestos)

*(El farmacéutico debe llenar y firmar esta sección)*

- Escriba el número de NDC VÁLIDO de 11 dígitos (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 cantidad total.

<sup>†</sup> 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.

**X** \_\_\_\_\_

## 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.

42573A-042015  
104-0012 2/17  
ORX5262E 191009

61908-022019



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。