

## Formulario de reembolso de medicamentos recetados

Consulte la página 2 de este formulario para obtener instrucciones adicionales. Para un servicio más rápido, visite **SelectHealth.org**, haga clic en "**Recursos para miembros**", y seleccione "**Encontrar un formulario**".

### A. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR Y MIEMBRO

Número de identificación del suscriptor \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ (Este número se puede encontrar en su tarjeta de identificación de miembro).

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del miembro \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AA)

Relación con el suscriptor:  Yo mismo  Cónyuge  Dependiente

Marque aquí si hay una dirección diferente en el archivo

Enviaremos cualquier reembolso y/o comunicación a la dirección del miembro que figura en nuestro sistema (que suele ser la misma que la del suscriptor), a menos que conste en los archivos una dirección confidencial (por ejemplo, la dirección de un padre custodio).

### B. INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB) (CONSULTE LA SECCIÓN E. SI LA RECLAMACIÓN ES PARA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS)

¿El miembro tiene otro seguro de farmacia?  Sí  No

Si la respuesta es sí y ambas pólizas son Select Health, por favor incluya el otro número de identificación del suscriptor

\_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_

Si la respuesta es sí y NINGUNA de las pólizas es de Select Health, complete lo siguiente:

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ ¿Es este el seguro principal del miembro?  Sí  No

### C. INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMACIÓN

¿Fue el medicamento recetado comprado fuera de los Estados Unidos?  Sí  No Si la respuesta es sí, ¿vive usted fuera de los Estados Unidos?  Sí  No

Si se compró fuera de los Estados Unidos, indique el país \_\_\_\_\_ y la moneda \_\_\_\_\_

¿El medicamento recetado se compró debido a una emergencia?  Sí  No

### D. DOCUMENTACIÓN DEL MEDICAMENTO RECETADO (Consulte el apartado E. si esta reclamación es para la coordinación de beneficios)

Los miembros con Select Health como único seguro deben adjuntar una copia de su recibo. Los recibos de caja registradora no son aceptables.

Se requiere la siguiente información para cada recibo de receta presentado:

|                       |   |   |   |                                |                                  |
|-----------------------|---|---|---|--------------------------------|----------------------------------|
| Nombre de la farmacia | → |  ABC PHARMACY<br>1000 NORTH 1000 WEST<br>ANYTOWN, UT 80000<br>801-123-4567 | ← | RX 455555                      | Número de receta                 |
| Dosis                 | → | JANE DOE MEMBER<br>555 E 555 S<br>ANYTOWN, UT 80000<br>AMOXICILLIN 500MG CAP PFIZER   | ← | 26 Feb 07                      | Fecha en que se surtió la receta |
| Número de NDC         | → | ndc-00055-5555-55<br>JOHN SMITH MD<br>PRESCRIBER NPI-12345693<br>FILL#2   | ← | 30Qty 30ds                     | Días de suministro               |
|                       |   | REFILLS-CALL 24 HOURS IN<br>ADVANCE THANK YOU   | ← | NABP#5555555<br>NPI#1234567890 | NPI o NABP #                     |
|                       |   | THE PHARMACIST IS ALWAYS AVAILABLE FOR CONSULTATION   | ← | \$30.00                        | Cantidad pagada                  |

El abajo firmante certifica que la(s) medicación(es) identificada(s) en este formulario ha(n) sido recibida(s) por el abajo firmante para la parte arriba mencionada que tiene derecho a los beneficios de medicamentos, y que dicha(s) medicación(es) no es/son para una lesión en el trabajo ni está(n) cubierta(s) por otro plan de beneficios o por un programa de asistencia para recetas médicas (en su totalidad o en parte). El miembro entiende que el reembolso puede estar sujeto a las cantidades autorizadas por Select Health, menos cualquier deducible o copago/coseguro aplicable. El reembolso se pagará directamente al participante y la asignación de estos beneficios a una farmacia u otra parte no es válida.

Firma \_\_\_\_\_ Teléfono de día# (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Miembro, tutor o representante legal)

## E. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB), DOCUMENTACIÓN DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Para la Coordinación de Beneficios (COB), la mejor opción es pedir a la farmacia que envíe las reclamaciones secundarias electrónicamente utilizando el BIN: 800008 y PCN: IHC (no es obligatorio). Si su farmacia no puede enviar la reclamación por vía electrónica, utilice este formulario para enviar los importes pendientes de pago para una posible cobertura. Para que procesemos su reclamación, deberá incluir una Explicación de Beneficios (EOB) detallada de su compañía de seguros principal o un recibo/historial de receta detallado de su farmacia. La documentación debe incluir:

- Nombre de la farmacia
- Número NABP o NPI de la farmacia
- Número de receta
- Fecha del servicio
- Código Nacional de Medicamentos (NDC)
- Cantidad suministrada
- Días de suministro
- Nombre del seguro primario
- Número de identificación de facturación del seguro primario (BIN)
- Importe total pagado por su seguro primario
- Cantidad total que ha pagado a la farmacia de su bolsillo

**Adjunte una copia de la documentación a este formulario. Sin esta documentación, Select Health no puede procesar su reclamación de seguro secundario.**

## Instrucciones para el formulario de reembolso de medicamentos recetados

Complete toda la información en la parte frontal de este formulario, para asegurarse de que sus beneficios se administren correctamente y sin demora. Las reclamaciones deben presentarse dentro de los 12 meses a partir de la fecha del servicio o de la fecha de tramitación por parte del asegurador primario.

Si está presentando recibos de varios miembros de la familia, necesitará un formulario de reembolso para cada persona. Si se presenta sólo para usted, únicamente es necesario un formulario.

La información necesaria se puede obtener de su tarjeta de identificación de miembro y de la farmacia donde compró su(s) medicamento(s) recetado(s).

Todas las reclamaciones deben enviarse mediante lo siguiente:

### CORREO

Select Health  
Atención: Pharmacy Services  
P.O. Box 30192  
Salt Lake City, Utah 84130-0192

### CORREO ELECTRÓNICO

SHAWDPharmacy@SelectHealth.org

### FAX

801-442-0770

Consulte su tarjeta de identificación para obtener más información. Llámenos si no tiene una tarjeta de identificación vigente. Las reclamaciones presentadas sin los números de identificación apropiados pueden retrasarse o ser devueltas para obtener mayor información.

Si tiene preguntas, llame a Servicios de Farmacia al **800-538-5038** los días de semana de 7:00 a.m. a 9:00 p.m., y los sábados de 9:00 a.m. a 3:00 p.m. MST.