

## Formulario de reembolso de medicamentos recetados

Consulte la página 2 de este formulario para obtener instrucciones adicionales.

### A. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR Y MIEMBRO

Número de ID 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) del miembro.

### B. INFORMACIÓN SOBRE LA POLÍTICA DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

¿El miembro tiene otro seguro de farmacia?  Sí  No

Si la respuesta es sí y ambas pólizas son SelectHealth, por favor incluya la otra Subscriber ID# \_\_\_\_\_

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

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ ¿Es este el seguro principal del miembro?  Yes  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 la \_\_\_\_\_ moneda \_\_\_\_\_ del país

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

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

**Los miembros con SelectHealth 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	→		RX 455555	←	Número de receta
Dosis	→	JANE DOE MEMBER 555 E 555 S ANYTOWN, UT 80000 AMOXICILIN 500MG CAP PFIZER	26 Feb 07	←	Fecha en que se surtió la receta
	→	ndc-00055-5555-55	30qty 30ds	←	Días de suministro (si está disponible)
Número de NDC	→	JOHN SMITH MD PRESCRIBER NPI-12345693 FILL#2 REFILLS-CALL 24 HOURS IN ADVANCE THANK YOU	NABP#5555555 NPI#1234567890	←	N.º de NABP (se puede obtener a través de la farmacia)
			\$30.00	←	Cantidad pagada

THE PHARMACIST IS ALWAYS AVAILABLE FOR CONSULTATION

El abajo firmante certifica que la(s) medicación(es) identificada(s) con este formulario fue(n) recibida(s) por el abajo firmante para la parte nombrada anteriormente que tiene derecho a los beneficios de medicamentos, y que dichos medicamentos no son para una lesión en el trabajo ni están cubiertos por otro plan de beneficios o por un programa de asistencia para medicamentos recetados (en su totalidad o en parte). El participante entiende que el reembolso puede estar sujeto a las cantidades permitidas por SelectHealth, menos los deducibles aplicables o copago/coseguro. 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), lo mejor es pedir a la farmacia que envíe las reclamaciones secundarias directamente a SelectHealth, lo que permite un fácil procesamiento digital. Si olvidó pedirle a su farmacia que presentara su reclamo secundario a SelectHealth o su farmacia no pudo presentar el reclamo por usted, utilice este formulario para presentar cualquier monto no pagado a SelectHealth para una posible cobertura. Para que SelectHealth procese su reclamación, deberá incluir una Explicación de Beneficios (EOB) detallada de su compañía de seguros principal o un recibo/historial de prescripción detallado de su farmacia. La documentación debe incluir:

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

**Adjunte una copia de la documentación a este formulario. Sin esta documentación, SelectHealth no puede procesar su reclamo de seguro secundario y devolverle el dinero.**

## 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. Los reclamos 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

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

### CORREO ELECTRÓNICO

SHAWDPharmacy@selecthealth.org

### FAX

801-650-3279

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 8:00 p.m., y los sábados de 9:00 a.m. a 2:00 p.m.