

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Consulte el reverso de este formulario para obtener instrucciones adicionales.

Solo para uso del consultorio: DMR COB

A. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

N.º de identificación del miembro _____ (este número se puede encontrar en su tarjeta de identificación de SelectHealth).

Nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (_____) _____

Enviaremos reembolsos o comunicaciones a la dirección que figura en nuestro sistema, a menos que haya una dirección confidencial (por ejemplo, la dirección del representante designado) en el archivo.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB): Si tiene un seguro adicional, debe adjuntar el recibo de la farmacia. Si los recibos de la farmacia están incompletos, es posible que también deba obtener una Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de su aseguradora principal.

B. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

¿Tiene otro seguro además de SelectHealth? Sí No

En caso afirmativo, por favor complete lo siguiente:

Compañía de seguros _____

Teléfono (_____) _____

¿Es esta su aseguradora principal? Sí No

C. INFORMACIÓN SOBRE RECLAMACIONES

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

¿El medicamento recetado se compró porque no había farmacias de la red abiertas las 24 horas a una distancia razonable en el momento que la necesitaba? Sí No

¿El medicamento recetado se compró porque el medicamento estaba agotado en una farmacia de la red accesible y no había otra farmacia de la red accesible? Sí No

Si respondió afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, describa.

El abajo firmante certifica que los medicamentos identificados a continuación fueron recibidos por el abajo firmante para las partes mencionadas anteriormente que son elegibles para los beneficios de medicamentos, y que dichos medicamentos no son para una lesión laboral o no están cubiertos por otro plan de beneficios o por un programa de asistencia para medicamentos recetados (en su totalidad o en parte). El abajo firmante además autoriza el uso del número de Seguro Social de dicha persona con fines de identificación. El reembolso se pagará directamente al participante y la asignación de estos beneficios a una farmacia u otra parte no es válida.

Firma _____ Fecha ____ / ____ / ____

(Miembro o representante legal)

D. RECIBO DE LA FARMACIA

Pegue con cinta adhesiva un recibo de farmacia en este espacio. Los recibos de caja registradora no son aceptables. Por favor, no use grapas.

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

The diagram shows a sample pharmacy receipt with the following fields and labels:

- Nombre de la farmacia:** FARMACIA DE INTERMOUNTAIN, 7268 SO. BINGHAM JUNCTION BLVD., SUITE B1, MIDVALE, UTAH 84047, (855) 779-3960
- Dosis:** MIEMBRO JANE DOE, 555 E 555 S, MURRAY, UT 84123
- Número de NDC:** AMOXICILINA 500 MG CAP PFIZER, ndc-00055-5555-55
- Número de NPI:** JOHN SMITH MD, PROFESIONAL QUE RECETA NPI-12345693
- Número de receta:** Receta 455555
- Fecha en que se surtió la receta:** 22 oct 15
- Cantidad (si está disponible):** 40 cant. 10 ds.
- Días de suministro (si está disponible):** NABP #5555555
- N.º de NABP (se puede obtener a través de la farmacia):** NABP #5555555
- Cantidad pagada:** \$3.00

EL FARMACÉUTICO ESTÁ SIEMPRE DISPONIBLE PARA CONSULTAS

Si el NPI no figura en el recibo, escríbalo aquí:

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 36 meses posteriores a la fecha del servicio.

Si está presentando varios recibos, necesitará un formulario de reembolso para cada recibo. Sin embargo, si envía una copia impresa o un informe de la farmacia, solo es necesario un formulario por persona.

La información necesaria se puede obtener de su tarjeta de identificación de miembro y de la farmacia donde compró sus medicamentos recetados.

Todas las reclamaciones deben enviarse a la siguiente dirección:

Attn: Pharmacy Services (Atención: Servicios de Farmacia)
SelectHealth Advantage
P.O. Box 30196
Salt Lake City, Utah 84130-0196

Consulte su tarjeta de identificación para obtener más información. Llámenos si no tiene una tarjeta de identificación vigente. Los reclamos presentados sin los números de identificación apropiados pueden retrasarse o ser devueltos para obtener mayor información.

Si tiene preguntas, llame a Servicios para miembros al **855-442-9900** (línea gratuita) durante las siguientes fechas y horarios:

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. Sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. Sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m. Cerrado los domingos.

Deje un mensaje fuera de estas horas de operación. Se le devolverá su llamada dentro de un día hábil.

Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

SelectHealth respeta las leyes federales de derechos civiles. No le brindaremos un trato diferente por motivos de raza, color, origen étnico o nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, o estado de veterano. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 SelectHealth Advantage: 855-442-9900 (TTY: 711)