



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 <input type="checkbox"/> usted mismo <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> 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

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

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。