



Servicios De Farmacia Formulario De Reclamación De Medicamentos Con Receta

INSTRUCCIONES – IMPRIMA TODAS LAS SECCIONES

1. Se debe usar este formulario para procurar el reembolso de EmblemHealth de los costos de los medicamentos con receta que usted haya pagado por encima de los importes de costo compartido descritos bajo los beneficios de medicamentos con receta de su plan.
2. Por favor llene todas las secciones. Necesitamos toda la información solicitada para procesar sus reclamaciones.
3. Pida a su farmacéutico que llene las secciones C, D1, D2 y D3. Deben acompañarse recibos.
4. Revise su tarjeta de identificación de miembro de ConnectiCare Medicare para obtener la información de miembro solicitada.
5. Use un formulario separado para cada participante/paciente.
6. Este formulario debe ser enviado a nosotros por correo o fax:

Express Scripts

Atención: Medicare Part D

Dirección: P.O. Box 14718

Lexington, KY 40512-4718

Número de fax: 608-741-5483

Si usted tiene beneficios de medicamentos de venta libre (que incluyen cobertura para analgésicos, Si tiene preguntas, llame a Express Scripts al **800-585-5786** (TTY:**800-899-2114**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Un representante con gusto le ayudará.

A. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE		
ID #:	PARA USO DE LA OFICINA Reclamación #:	
Nombre del participante (Apellido) (Nombre) (Inicial):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	C.P.:
FIRMA DEL PARTICIPANTE:		

B. INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre del Paciente (Apellido) (Nombre) (Inicial):		# ID del Paciente:
Fecha de Nacimiento: / /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación del paciente con el asegurado: <input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente
Certifico que toda la información del Participante y el Paciente es correcta y que el medicamento ha sido despachado. Autorizo la divulgación de cualquier información relativa a esta reclamación a EmblemHealth y a todos los terceros que sean necesarios para los fines de investigación y pago de reclamaciones, revisión de la utilización y auditoría.		
FIRMA DEL PACIENTE:		

C. INFORMACIÓN DE LA FARMACIA					
NABP #:		Teléfono #:		Nombre de la Farmacia:	
Dirección de la Farmacia:					
Ciudad:			Estado:		C.P.:
FIRMA DEL FARMACÉUTICO:					
D1. INFORMACIÓN DERECETA					
Fecha despachada:		Nombre del Medicamento:			Rx #:
NDC #:	<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación	Cantidad despachada:	Potencia:	Días de suministro:	Costo de la receta: \$.
Nombre del recetador:				# Licencia estatal del recetador:	
D2. INFORMACIÓN DERECETA					
Fecha despachada:		Nombre del Medicamento:			Rx #:
NDC #:	<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación	NDC #:	<input type="checkbox"/> Nueva	Días de suministro:	Costo de la receta: \$.
Nombre del recetador:				# Licencia estatal del recetador	
D3. INFORMACIÓN DERECETA					
Fecha despachada:		Nombre del Medicamento:			Rx #:
NDC #:	<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Renovación	NDC #:	<input type="checkbox"/> Nueva	<input type="checkbox"/> Renovación	Costo de la receta: \$.
Nombre del recetador:				# Licencia estatal del recetador:	

La lista de medicamentos y la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá aviso cuando sea necesario.