



Sólo Para Uso Oficial

ID _____

Prima _____

DMR

COB

P.O. Box 30192, Salt Lake City, UT 84120-8212 1-801-442-5038/1-800-538-5038 www.selecthealth.org

FORMULARIO DE REEMBOLSO POR RECETA MÉDICA

Instrucciones

- Complete la información sobre el afiliado, paciente y reclamo.
- Adjunte un recibo de farmacia en el espacio suministrado. Si presenta múltiples recibos, se requiere un formulario de reembolso por cada recibo. Sin embargo, si presenta un listado impreso/informe de la farmacia, sólo es necesario un formulario por persona.
- Lea el dorso de este formulario para conocer instrucciones adicionales.

Información del Afiliado

ID Del Afiliado SelectHealth: _____ Esta ID empezará con el número ocho (8).

Si éste es un reclamo para coordinación de beneficios y ambos afiliados son miembros de SelectHealthSM, por favor incluya la ID del otro afiliado aquí: _____

Información del Paciente

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____(MM/DD/YY)

Parentesco con el paciente: Afiliado Cónyuge Dependiente

¿Tiene el paciente otro seguro además de SelectHealth? Sí No Si la respuesta es Sí, por favor complete lo siguiente:

Nombre de la Compañía de seguros _____ ¿Es éste el principal asegurador del paciente? Sí No

Enviaremos cualquier reembolso y/o comunicación a la dirección indicada en nuestro sistema para el paciente (por lo general, se trata de la misma dirección del afiliado), a no ser que una dirección confidencial (ej, dirección de un padre que tiene la custodia) se encuentre en archivada para el paciente. Por favor verifique si hay una dirección diferente en archivo:

Información Sobre Reclamo

¿Se compró la receta fuera de los Estados Unidos?

Sí No Si la respuesta es Sí, por favor indique: País _____ Moneda _____

¿Es esta una prescripción compuesta (dos o más medicamentos combinados)?

Sí No Si la respuesta es Sí, por favor asegúrese de que su farmacéutico indique todos los ingredientes y las cantidades respectivas en el recibo.

El suscrito certifica que el afiliado recibió las medicinas identificadas en el presente para la persona mencionada arriba quien es elegible para beneficios de medicamentos y que dichas medicinas no son para una lesión de trabajo ni están cubiertas bajo otro plan de beneficio. El suscrito autoriza la liberación de toda la información al patrocinador del plan para uso en relación con los programas de plan de beneficio. La información también se puede utilizar para otros propósitos de informe y análisis sin la identificación del afiliado ni de los miembros de la familia del afiliado.

Asimismo, el suscrito autoriza el uso del número de seguridad social de dicha persona para propósitos de identificación y, además, reconoce que el reembolso se pagará directamente al participante y que la asignación de esos beneficios a una farmacia o de otra manera será nula.

Firma del Paciente, Tutor o Representante legal _____

Número de teléfono durante el día _____

Recibo de la Farmacia

Adjunte un recibo de farmacia en este espacio. Por favor no use grapas.

Se requiere la siguiente información para cada recibo de receta presentado. Los formularios incompletos se devolverán al afiliado:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nombre del medicamento | <input type="checkbox"/> Nombre completo del médico que receta |
| <input type="checkbox"/> Número NDC | <input type="checkbox"/> Valor pagado |
| <input type="checkbox"/> Número de la receta | <input type="checkbox"/> Cantidad de la receta |
| <input type="checkbox"/> Fecha en que se llenó la receta | <input type="checkbox"/> Días desde la entrega (las recetas sólo se reembolsan hasta por un suministro de |
| <input type="checkbox"/> Nombre de la farmacia y número de NABP | 34 días de una farmacia detallista) |
| (se puede obtener de la farmacia) | |

FORMULARIO DE REEMBOLSO POR RECETA MÉDICA INSTRUCCIONES

Cómo llenar este formulario

Complete toda la información en la parte delantera de este formulario. Se debe completar toda la información para asegurarse de que sus beneficios sean administrados correctamente. Si falta algo de la información, le devolveremos este formulario.

La información requerida se puede obtener de su tarjeta de identificación y de la farmacia donde compró su receta.

Se requiere un Formulario de reembolso de receta para cada reclamo. Por favor haga copias de cualquier formulario que presente.

Todos los reclamos se deben presentar a la siguiente dirección:

SelectHealth

Attn: Pharmacy Services

P.O. Box 30192

Salt Lake City, Utah 84130-0192

Coordinación de beneficios (COB)

Adjunte el recibo de la farmacia. También necesitará obtener una Explicación de beneficios (EOB) de su asegurador primario. (No se requiere una EOB, si SelectHealth es su asegurador tanto primario como secundario).

Instrucciones Adicionales

Por favor espere hasta que reciba su tarjeta de ID antes de enviar reclamos a SelectHealth. Si actualmente no cuenta con una tarjeta de identificación, llame a Member Services al: **1-800-538-5038**. Los reclamos presentados sin los números apropiados de identificación no serán procesados.

Si tiene preguntas, por favor llame a Member Services, los días de semana entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m. al: **1-801-442-5038**, si se encuentra en Salt Lake City, o al: **1-800-538-5038**, si se encuentra en cualquier otra parte de los Estados Unidos.