



P.O. Box 30196, Salt Lake City, UT 84130-0196

801-442-9900 (área de Salt Lake) • 208-429-9900 (área de Boise) • 855-442-9900 (llamada gratis)

selecthealthadvantage.org

Formulario de Reembolso de Recetas

Consulte al dorso de este formulario para obtener instrucciones adicionales. Office Use Only: DMR COB

A. INFORMACIÓN DE MIEMBRO

Número de Miembro _____ (Este número puede encontrarse en su tarjeta de identificación).

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
MM DD AA

Dirección Postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono (_____) _____

Enviaremos reembolso o comunicación a la dirección en nuestro sistema a menos que una dirección confidencial (por ejemplo, la dirección del representante designado) está en el archivo.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB): Si usted tiene aseguranza adicional, todovía debe adjuntar el recibo de la farmacia. Si los recibos de farmacia son incompletos, también necesitará obtener una explicación de beneficios (EOB) de su asegurador primario.

B. OTRA INFORMACIÓN DE SEGUO MEDICO

¿Tiene otro seguro médico además de SelectHealth? Sí No

En caso afirmativo, por favor complete lo siguiente:

Compañía de seguros _____

Teléfono de la compañía (_____) _____

¿Es su asegurado primario? Sí No

C. INFORMACIÓN DE RECLAMACIONES

¿La receta fue adquirida como resultado de una emergencia? Sí No

¿Fue comprada la receta porque no había ninguna farmacia dentro de una distancia razonable abierta por los 24 horas en el momento de necesidad? Sí No

¿Fue comprada la receta porque el medicamento estaba fuera de stock en una farmacia de la red accesible y no había otra farmacia de la red accesible? Sí No

Si usted contestó sí a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor, describa la circunstancia. _____

El firmante abajo certifica que el/los medicamento(s) identificado(s) a continuación fue/fueron recibido(s) por el firmante por el/los individuo(s) nombrado(s) anteriormente que es/son elegible(s) para beneficios de medicamentos y que tales medicamentos(s) no es/son por una lesión en el trabajo o cubierto(s) bajo otro plan de beneficios o por un programa de ayuda de recetas (en su totalidad o en parte). El firmante abajo además autoriza el uso del número de Seguridad Social de dicha persona para propósitos de identificación. El reembolso será pagado directamente al participante y la asignación de estos beneficios a una farmacia o de lo contrario es nulo.

Firma _____ Fecha ____/____/____
(Miembro o Representante Legal) MM DD AA

D. RECIBO DE LA FARMACIA

Adjunte con cinta un solo recibo de farmacia en este espacio. Recibos de caja registradora no son aceptables. Por favor, no use grapas.

La siguiente información se requiere para cada recibo de prescripción presentado:

The diagram shows a sample pharmacy receipt from Intermountain Pharmacy. Labels on the left point to the pharmacy name, dosage, NDC number, and NPI number. Labels on the right point to the Rx number, fill date, quantity, days supply, NABP number, and amount paid.

Nombre de Farmacia: INTERMOUNTAIN PHARMACY
7268 SO. BINGHAM JUNCTION BLVD., SUITE B1
MIDVALE, UTAH 84047
(855) 779-3960

Dosificación: JANE DOE MEMBER
555 E 555 S
MURRAY, UT 84123
AMOXICILLIN 500 MG CAP PFIZER

Número de NDC: ndc-00055-5555-55

Número de NPI: JOHN SMITH MD
PRESCRIBER NPI-12345693

Número de Rx: RX 455555

Fecha la receta estaba llena: 22 Oct 15

Cantidad (si sea disponible): 40 qty

Suministro de días (si sea disponible): 10 ds

Número de NABP (puede obtenerse en la farmacia): NABP #5555555

Cantidad pagado: \$3.00

Other text on receipt: FILL #2, REFILLS-CALL 24 HOURS IN ADVANCE THANK YOU, THE PHARMACIST IS ALWAYS AVAILABLE FOR CONSULTATION

Si el Número de NPI no aparece en el recibo, por favor anotelo aquí:

Instrucciones para el Formulario de Reembolso de Recetas

Complete toda la información en la parte frontal de esta forma para asegurarse de que sus beneficios sean administrados correctamente y sin demora. Las reclamaciones deben presentarse dentro de 36 meses desde la fecha de servicio.

Si está enviando varios recibos, un formulario de reembolso se requiere para cada recibo. Sin embargo, si está enviando una copia impresa/reporte de la farmacia, sólo un formulario por persona es necesario.

La información necesaria puede obtenerse de su tarjeta de miembro y la farmacia donde compró su(s) receta(s).

Todas las reclamaciones deben enviarse a la siguiente dirección:

**Attn: Pharmacy Services
SelectHealth Advantage
P.O. Box 30196
Salt Lake City, Utah 84130-0196**

Consulte su tarjeta de identificación de miembro para obtener más información. Llámenos si usted no tiene una tarjeta corriente. Reclamaciones presentadas sin los números de identificación adecuadas, pueden ser retrasados o devueltos para obtener información adicional.

Si usted tiene preguntas, llame al Servicio para Miembros al **855-442-9900** (llamada gratis) durante las siguientes fechas y horarios:

Octubre 1 a febrero 14:

Los días de la semana de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., sábado y domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

Febrero 15 a septiembre 30:

Los días de la semana de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., sábado de 9:00 a.m. a 2:00 p.m., cerrado los días domingo.

A fuera de estas horas de operación, por favor deje un mensaje y su llamada será devuelta dentro de un día hábil. Los usuarios de TTY deben llamar 711.

SelectHealth es un patrocinador del plan HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en SelectHealth Advantage depende de renovación de contrato.



Aviso de no discriminación

SelectHealth cumple con todas las leyes de derechos civiles federales vigentes, y no discrimina en base a raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente en base a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Brindamos ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen efectivamente con nosotros, como lo son intérpretes calificados de lenguaje de señas e información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos). También brindamos servicios de idiomas gratuito a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como lo son intérpretes calificados e información del miembro escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Servicios a Miembros de SelectHealth al **1-800-538-5038** o a Servicios a Miembros de SelectHealth Advantage al **1-855-442-9900**. Cualquier miembro u otra persona que cree que pudo haber sido objeto de una discriminación puede presentar una queja o reclamo formal llamando al 504 o al coordinador de derechos civiles de SelectHealth al **1-844-208-9012** o a la línea directa de cumplimiento al **1-800-442-4845** (los usuarios de TTY deben llamar al: 711). También puede llamar a la oficina de derechos civiles al **1-800-368-1019** (los usuarios de TTY deben llamar al: **1-800-537-7697**).