



Apartado Postal 30192, Salt Lake City, UT 84130-8212

801-442-5038/800-538-5038

selecthealth.org

FORMULARIO DE REEMBOLSO POR RECETA MEDICA

Refiérase al dorso de este formulario para obtener instrucciones adicionales. Solo para uso administrativo: DMR COB

A. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR Y MIEMBRO

Nro. Identificación del suscriptor 8 0 0 Este número se puede encontrar en su Tarjeta de Identificación de miembro.

Si este reclamo para coordinación de beneficios y ambos suscriptores son miembros de SelectHealth, liste el otro

Nro. de Identificación de suscriptor 8 0 0

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

Relación con el suscriptor Solicitante Esposo/a Dependiente

Marque aquí si en el archivo hay una dirección diferente

Cualquier reintegro y/o comunicados para el miembro será enviado a la dirección que figura en nuestro sistema (generalmente es la misma dirección que la del suscriptor) a menos que se encuentre una dirección confidencial del miembro en el archivo (ej. dirección de un padre custodio).

B. INFORMACION DE OTRO SEGURO

¿El miembro tiene otro seguro aparte de SelecHealth? Sí No Si es así, complete lo siguiente:

Compañía de seguros _____ ¿Es el seguro principal del miembro? Sí No

C. INFORMACIÓN DE RECLAMO

¿Los productos de la receta se compraron fuera de EE.UU.? Sí No De ser así, ¿vive fuera de EE.UU.? Sí No

Si fue comprado fuera de EE.UU., Por favor indicar el País _____ Moneda _____

¿El/los producto(s) de la receta se compró(aron) como resultado de una emergencia? Sí No

El abajo firmante certifica que el/los medicamento(s) de abajo se recibió(eron) por el abajo firmante para la(s) parte(s) nombrada(s) arriba quien(es) es/son elegible(s) para beneficios de drogas, y que dicho(s) medicamento(s) no es/son para una lesión en el lugar de trabajo o cubierta(s) bajo otro plan de beneficios o por un programa de asistencia de recetas (total o parcialmente). El abajo firmante además autoriza el uso del número de Seguro Social de dicha persona para propósitos de identificación. El reintegro se pagará directamente al participante, y la asignación de estos beneficios a una farmacia o de otra manera quedará anulada.

Firma _____ Nro. de teléfono durante el día (____) _____
(Miembro, tutor o representante legal)

D. COMPROBANTE DE PAGO DE LA FARMACIA

Pegue con cinta un comprobante de pago de la farmacia en este espacio. No se aceptan los recibos de pago de máquinas registradoras. No utilizar grapas.

Se requiere la siguiente información para cada comprobante de pago de receta enviado:

Nombre de la farmacia → INTERMOUNTAIN PHARMACY
2075 NORTH 1200 WEST
LAYTON, UT 84041
801-779-6210

Dosis → JANE DOE MEMBER
555 E 555 SOUTH
LAYTON, UT 84040
AMOXICILIN 500MG CAP PFIZER
ndc-00055-5555-55

Número NDC → JOHN SMITH MD
FILL#2
REFILLS-CALL 24 HOURS IN
ADVANCE THANK YOU

Número Rx → RX 455555

Fecha en la que se confeccionó la receta → 26 Feb 07

Días de suministro (si aplica) → 30ds

Nro. NABP (se puede obtener en la farmacia) → NABP#5555555

Monto pagado → \$30.00

THE PHARMACIST IS ALWAYS AVAILABLE FOR CONSULTATION

INSTRUCCION PARA EL FORMULARIO DE REEMBOLSO POR RECETA MEDICA

Complete toda la información ubicada en el frente de este formulario para garantizar que sus beneficios se apliquen correctamente y sin demora. Los reclamos deben enviarse dentro de los 12 meses a partir de la fecha de servicios o de la fecha procesada por el seguro principal.

Si envía varios comprobantes de pago, se requiere un formulario de reintegro por cada uno. Sin embargo, si envía una impresión/informe de la farmacia, sólo se necesita un formulario por persona.

La información se puede obtener a partir de su Tarjeta de Identificación del miembro y de la farmacia donde compró su(s) producto(s) recetado(s).

Se deben enviar todas las quejas a la dirección a continuación:

SelectHealth

A la atención de: Servicios de farmacia

Apartado Postal 30192

Salt Lake City, Utah 84130-0192

Refiérase a su Tarjeta de Identificación para obtener más información. Comuníquese con nosotros si no cuenta con una Tarjeta de Identificación actual. Las quejas que se envíen sin los números de identificación correspondientes pueden demorarse o ser devueltas para obtener información adicional.

Si tiene dudas, llame a Servicios a miembros al: **801-442-5038** (área de Salt Lake) o **800-538-5038** días de semana, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., y sábados de 9:00 a.m. a 2:00 p.m.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Debe adjuntar el comprobante de pago de la farmacia aunque posea un seguro adicional. Si los comprobantes de pago de la farmacia están incompletos, también debe obtener una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de su seguro principal.