



Programa de Medicamentos con Receta Formulario de reembolso directo para miembros

Complete y devuélvanos este formulario cuando compre, a precio minorista, medicamentos con receta cubiertos y desee solicitar un reembolso. **Envíe este formulario junto con la(s) etiqueta(s) original(es) de la(s) receta(s).**

El recibo de la caja o de la tarjeta de crédito no es suficiente como comprobante de compra.

No se garantiza el reembolso.

Las reclamaciones están sujetas a limitaciones, exclusiones y otras cláusulas del beneficio del plan.

Información del paciente (un formulario por paciente)

Nombre del plan de salud (seguro) *(en letra de imprenta)*

Nombre *(Apellido, primer nombre, inicial del 2.º nombre)*

Fecha de nacimiento

Número de Id.

Domicilio postal *(Número, calle, ciudad, estado y código postal)*

Nombre del médico que receta

Teléfono del médico

Motivo de la solicitud

(Marque al menos uno)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicación de emergencia fuera del área | <input type="checkbox"/> Medicamentos combinados |
| <input type="checkbox"/> Medicamento que no es de emergencia o solicitud para las vacaciones | <input type="checkbox"/> No se encontró al miembro en el sistema de la farmacia |
| <input type="checkbox"/> Falta de tarjeta o de número de identificación | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Coordinación de Beneficios (Del seguro primario – complete la sección de abajo) | |

Coordinación de Beneficios

(Si su seguro principal ya ha pagado por la receta adjunta, complete esta sección).

Nombre del plan de atención médica o compañía de seguros principal _____

Nombre del suscriptor o miembro principal *(Apellido, nombre, inicial del 2.º nombre)* _____

Id. del suscriptor o miembro principal _____

Certifico que el paciente por quien se presenta esta reclamación es un miembro cubierto de este Programa para Medicamentos Recetados y que la receta es para uso exclusivo del paciente en cuestión. También certifico que las reclamaciones que se presentan no son elegibles para el pago en virtud de un seguro automovilístico contra todo riesgo ni un programa de seguros de indemnización laboral. Asimismo, autorizo la divulgación de toda información relativa a esta reclamación al administrador del plan, el asegurador, el titular de la póliza o el empleador.

X _____

Firma del miembro o suscriptor

_____ Fecha

Instrucciones especiales:

La etiqueta de la receta debe contener la siguiente información claramente legible, o se podría retrasar o negar el reembolso.

- | | |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------|
| • Nombre de la farmacia | • Número de receta y fecha de surtido |
| • Nombre del medicamento, potencia y cantidad | • Gasto pagado por el miembro |
| • Nombre del médico que receta | |

Las reclamaciones se devolverán si no contienen la firma del miembro o suscriptor.

Envíe por correo postal este formulario completo, junto con las etiquetas a:

**UnitedHealthcare Community Plan
PHARMACY DEPARTMENT
8 Cadillac Drive, Suite 100
Brentwood, TN 37027**

Los reembolsos y la correspondencia se enviarán a nombre del suscriptor o miembro principal.