



FORMULARIO DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS Y REEMBOLSO DE RECETAS PARA LOS MIEMBROS

COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE RECETA DE MEDICARE/MEDICAID

Use este formulario de reclamación para solicitar el reembolso de recetas obtenidas sin el uso de su plan farmacéutico de beneficios o para recetas recibidas por medio de su beneficio de seguro primario de recetas. El reembolso se basará en los co-pagos actuales de su plan en una farmacia de la red. Usted será responsable de cualquier diferencia en el precio entre co-pago y la verdadera cantidad pagada. Si tiene dudas, hable al número incluido en su tarjeta de identificación. **Sólo un miembro por formulario.**

Nombre de Grupo: First Plus # Grupo Rx (de tarjeta de identificación): 638017

INFORMACIÓN DE LA PERSONA INSCRITA

Nombre: _____ # ID (de tarjeta de identificación): _____

Dirección: _____ Apartamento/Suite: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Razón para el Reembolso: _____

TIPO DE RECLAMACIÓN

1. Busco el reembolso por una receta obtenida...

sin uso de mi Plan Farmacéutico de Beneficios. **(saltar a parte inferior)**

usando otro beneficio del seguro primario de recetas. **(cont. a #2)**

2. Bajo mi otro Seguro Primario de Recetas, tengo un/una...

tarjeta de identificación*

beneficio por plan de seguro médico**

* - Una **copia** de la tarjeta de identificación de su seguro primario de recetas.

- El recibo **original** de la receta del seguro primario que muestra la cantidad que pagó por el co-pago.

** - Una **copia** de la Explicación de Beneficios que muestra la cantidad que pagó de su bolsillo por su receta.

- El recibo **original** de la receta que muestra la cantidad que pagó en la farmacia.

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA/RECETA

Nombre del medicamento	Cantidad total	Días de suministro	Cantidad pagada
			\$

NCPDP de farmacia:* # NDC:*

NPI:*

Nombre del medicamento	Cantidad total	Días de suministro	Cantidad pagada
			\$

NCPDP de farmacia:* # NDC:*

NPI:*

**si lo desconoce, comuníquese con la farmacia*

Certifico que la(s) receta(s) a la(s) que se hace referencia más arriba ha(n) sido recibida(s) y que la información declarada es verdadera. También autorizo la comunicación de toda información contenida en el presente documento a Walgreens Health Initiatives y sus agentes. Entiendo que todos los recibos de recetas deben remitirse para que se procese y se considere su reembolso.

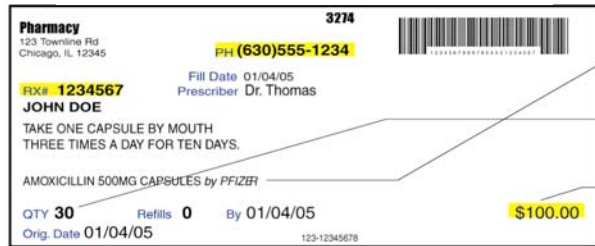
Firma de la persona inscrita**: _____ Fecha: _____

**Si la persona no puede firmar, debe firmar más arriba una persona que esté autorizada a hacerlo de acuerdo a la ley estatal en el estado donde reside la persona inscrita. Esta firma certifica que la persona que firma está autorizada, de acuerdo con la ley estatal, para completar este formulario y que los documentos de esta autoridad están a su disposición a solicitud del plan o de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, la agencia federal que dirige Medicare.

INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Llene exclusivamente la sección que aplique a su caso. Para resolver las dudas sobre su receta, favor de comunicarse con la farmacia en la que se dispensó el medicamento. Para resolver las dudas sobre este formulario, favor de llamar al 1-800-207-2568.

(EJEMPLO A) RECIBO DE RECETA



1
2
3

Use estos ejemplos sólo como guía para ubicar la información requerida. Cada farmacia puede tener su propio y único formato de etiquetas.

Favor de Advertir:

En base a sus co-pagos habituales, y las políticas y procedimientos de las compañías de seguros, recibirá un reembolso de 0-100%.

- 1 El nombre del medicamento recetado
- 2 La cantidad de píldoras o medicamento líquido dispensado
- 3 La cantidad que pagó el paciente por el medicamento

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA/RECETA – Información de la farmacia/receta (Ejemplo A)

Nombre del medicamento	Cantidad total	Días de suministro	Cantidad pagada \$
# NCPDP de farmacia:*	# NDC:*		
# NPI:*			
Nombre del medicamento	Cantidad total	Días de suministro	Cantidad pagada \$
# NCPDP de farmacia:*	# NDC:*		
# NPI:*			
Nombre del medicamento	Cantidad total	Días de suministro	Cantidad pagada \$
# NCPDP de farmacia:*	# NDC:*		
# NPI:*			
Nombre del medicamento	Cantidad total	Días de suministro	Cantidad pagada \$
# NCPDP de farmacia:*	# NDC:*		
# NPI:*			

**si lo desconoce, comuníquese con la farmacia*

FAVOR DE ASEGURARSE QUE TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA ESTÉ COMPLETA. CUALQUIER INFORMACIÓN INCOMPLETA PUEDE OCASIONAR UN RETRASO EN EL PROCESO O UNA DEVOLUCIÓN DE ESTE FORMULARIO.

ENVÍE POR CORREO ESTE FORMULARIO DE RECLAMACIÓN, JUNTO CON LA RECETA Y EL RECIBO DE CAJA A:

First Plus · Dept. de Farmacia First Plus · PO Box 195080 · San Juan, PR 00919