

## Programa de Medicamentos por Receta Formulario para Reembolso Directo

Complete este formulario en letra de molde y envíelo cuando haya pagado un precio al por menor por un medicamento que es parte de su plan y necesita solicitar un reembolso. *Limite = un (1) formulario por cada persona.* Presente este formulario con las etiquetas farmacéuticas originales para acelerar el proceso. ***Un recibo regular no es aceptado como prueba de compra.*** [Para medicamentos compuestos, se debe proveer todos los números NDC (NATIONAL DRUG CODE en inglés), ingredientes, y cantidades de cada ingrediente. Las farmacias pueden usar un formulario universal de reclamo para dar información detallada.] **El proceso de reembolso puede requerir hasta seis semanas.**

### Información General [UN FORMULARIO POR PACIENTE]

Nombre de Empleador [POR FAVOR, EN LETRA DE MOLDE]	Número de Grupo	Número de Empleado
Nombre de Empleado [por ejemplo: Rodriguez, Marco A.]	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección de Correo (número, calle, ciudad, estado, código postal)	Número(s) de Teléfono	
Nombre de Paciente [SI NO ES EMPLEADO]	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección de Correo [SI ES DIFERENTE QUE LA DEL EMPLEADO]	Número de Teléfono	
Nombre del Médico que recitó el medicamento	Número(s) de Teléfono del Médico	

### Razón para el Reclamo [POR LO MENOS UNO (1) DEBE ESTAR SELECCIONADO.]

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicamento de fuera de área <u>y</u> urgente           | <input type="checkbox"/> Referido por médico no contratado |
| <input type="checkbox"/> Medicamento no urgente <u>o</u> pedido por vacaciones   | <input type="checkbox"/> Medicamento compuesto             |
| <input type="checkbox"/> Ninguna tarjeta (o número) de identificación disponible | <input type="checkbox"/> Farmacia no contratada            |
| <input type="checkbox"/> Miembro elegible con grupo inválido                     | <input type="checkbox"/> Otro _____                        |

### Certificación/Autorización/Firma [ESTE RECLAMO SE DEVOLVERÁ SI LA FIRMA DE MIEMBRO O SUSCRITO NO ESTÁ PRESENTE.]

Yo certifico que el paciente presentando este reclamo está cubierto por el programa de medicamentos de receta notado arriba y que la receta es solamente para el paciente nombrado. También certifico que el pedido presentado para reembolso no es elegible para pago ni de un programa de seguro de automóviles ni un programa de compensación para los trabajadores. Autorizo la revelación de toda la información concerniente a este reclamo al administrador del plan, el asegurador, el poseedor del plan de acción, y/o empleador.

X \_\_\_\_\_  
Firma de Miembro o Suscrito

\_\_\_\_\_  
Fecha

***Todos los pagos y correspondencia van a ser proporcionados al miembro primario o suscrito.***

### Instrucciones Especiales

[LAS ETIQUETAS FARMACÉUTICAS ORIGINALES DEBEN TENER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LEGIBLE O SU REEMBOLSO PUEDE SER ATRASADO O NEGADO.]

* Nombre del Medicamento, Concentración, y Cantidad	* Número y Fecha de Receta	* Nombre del Médico que recetó la Medicina
* Nombre de la Farmacia	* Gastos del Miembro	* [para medicamento compuesto] NDC#s y Cantidades (de cada ingrediente)

Por favor envíe este formulario, completamente llenado, más etiqueta(s) correspondientes a:

**American Health Care**  
**Attn: Member Direct Reimbursements**  
**2217 Plaza Drive**  
**Rocklin, CA 95765**

*Este documento es para el uso solamente del destinatario y puede contener información confidencial y privilegiada que está protegida por las leyes federales y estatales. Cualquier acción (como revisión, uso, revelación, o distribución) sin autorización es prohibida. Si usted no es el recipiente dirigido de esta comunicación, por favor comuníquese con el remitente antes de destruir todas las formas de este mensaje.*