

SERVICIOS DE FARMACIA FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE MEDICAMENTOS CON RECETA

INSTRUCCIONES – IMPRIMA TODAS LAS SECCIONES

1. Se debe usar este formulario para procurar el reembolso de ConnectiCare de los costos de los medicamentos con receta que usted haya pagado por encima de los importes de costo compartido descritos bajo los beneficios de medicamentos con receta de su plan.
2. Por favor llene todas las secciones. Necesitamos toda la información solicitada para procesar sus reclamaciones.
3. Pida a su farmacéutico que llene las secciones C, D1, D2 y D3. Deben acompañarse todos los recibos.
4. Consulte su tarjeta de identificación de miembro de ConnectiCare Medicare para obtener la información del miembro solicitada.
5. Use un formulario separado para cada participante/paciente.
6. Envíe este formulario y los recibos a:

Express Scripts:

Atención: Medicare Part D

Dirección: P.O. Box 14718

Lexington, KY 40512-4718

Número de fax: 608-741-5483

Si tiene preguntas, llame al ConnectiCare al **800-224-2273**, (TTY: **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes. Un representante con gusto le ayudará.

A. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE		PARA USO DE LA OFICINA	
ID #		Reclamación #	
Nombre del participante (Apellido) (Nombre) (Inicial)			
Dirección			
Ciudad		Estado	C.P.
FIRMA DEL PARTICIPANTE :			

B. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (Apellido) (Nombre) (Inicial)			
---	--	--	--

Fecha de nacimiento __/__/____	Masculino Femenino	# ID del Paciente	Relación del paciente con el asegurado: Sí mismo Cónyuge Dependiente
-----------------------------------	-----------------------	-------------------	---

Certifico que toda la información del participante y el paciente es correcta y que el medicamento ha sido despachado. Autorizo la divulgación de cualquier información relativa a esta reclamación a ConnectiCare y a todos los terceros que sean necesarios para los fines de investigación y pago de reclamaciones, revisión de la utilización y auditoría.

FIRMA DEL PACIENTE:

C. INFORMACIÓN DE LA FARMACIA NABP #		Teléfono #		Nombre de la Farmacia		
Dirección de la Farmacia						
Ciudad				Estado		C.P.
Firma del Farmacéutico						
D1. INFORMACIÓN DE RECETA			Nombre del Medicamento			Rx #
Fecha despachada						
NDC #	Nueva	Renovación	Cantidad despachada	Potencia	Días de suministro	Costo de la receta \$ _____.
Nombre del profesional autorizado para recetar					# Licencia estatal del profesional autorizado para recetar	
D2. INFORMACIÓN DE RECETA			Nombre del Medicamento			Rx #
Fecha despachada						
NDC #	Nueva	Renovación	Cantidad despachada	Potencia	Días de suministro	Costo de la receta \$ _____.
Nombre del profesional autorizado para recetar					# Licencia estatal del profesional autorizado para recetar	
D3. INFORMACIÓN DE RECETA			Nombre del Medicamento			Rx #
Fecha despachada						
NDC #	Nueva	Renovación	Cantidad despachada	Potencia	Días de suministro	Costo de la receta \$ _____.
Nombre del profesional autorizado para recetar					# Licencia estatal del profesional autorizado para recetar	

La farmacopea y red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento.
Usted recibirá notificación cuando sea necesario.