



SERVICIOS DE FARMACIA FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE MEDICAMENTOS DE RECETA

INSTRUCCIONES – IMPRIMA TODAS LAS SECCIONES

1. Se debe usar este formulario para procurar el reembolso de ConnectiCare de los costos de los medicamentos de receta que usted haya pagado por encima de los importes de costo compartido descritos bajo los beneficios de medicamentos de 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 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. Este formulario debe ser enviado a nosotros:

ConnectiCare

Atención: Pharmacy Services

PO Box 1520 JAF Station

New York, NY 10116-1520

Número de Fax: (646) 583-9686

Si tiene preguntas, llame al Servicio al Cliente a **877-224-2273**, siete días a semana de 8 a.m. a 8 p.m. Las personas con problemas de la audición o del habla, deben llamar al **800-842-9710**, siete días a semana de 8 a.m. a 8 p.m.

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 recetador					# Licencia estatal del recetador	
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 recetador					# Licencia estatal del recetador	
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 recetador					# Licencia estatal del recetador	

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

ConnectiCare, Inc es un plan HMO/HMO-POS con un contrato de Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato. ConnectiCare Insurance Company, Inc. es un plan HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en ConnectiCare depende de la renovación del contrato.