

Formulario de solicitud de reembolso de recetas médicas

Use este formulario para solicitar el reembolso de los medicamentos cubiertos que se compraron a precio minorista. Complete un formulario por cada miembro. **Escriba claramente con letra de molde.**

Información del miembro		
Nombre del miembro (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre):		
Identificación del miembro:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

Información del proveedor y de la farmacia			
Nombre del proveedor que prescribe:		Nombre de la farmacia que dispensa:	
Teléfono:		Teléfono:	
Dirección:		Dirección:	
Medicamento:	Número de la receta:	Fecha en que se despachó la receta:	Monto total que se pagó: \$
Medicamento:	Número de la receta:	Fecha en que se despachó la receta:	Monto total que se pagó: \$
Medicamento:	Número de la receta:	Fecha en que se despachó la receta:	Monto total que se pagó: \$
Medicamento:	Número de la receta:	Fecha en que se despachó la receta:	Monto total que se pagó: \$
Para solicitar el reembolso de más servicios para esta visita a la farmacia, escriba la información en una hoja aparte y luego adjunte la hoja a este formulario.			

Formulario de solicitud de reembolso de recetas médicas

Razón de la solicitud

Seleccione las opciones apropiadas para su solicitud:

- No utilicé mi tarjeta de identificación para medicamentos de receta
- Fui a una farmacia no participante (explique):
- Me despacharon una receta para un medicamento compuesto
- Estaba esperando autorización previa (aprobación del medicamento)
- La factura de mi farmacia es incorrecta
- Problemas de elegibilidad
- Problemas con el seguro principal
- Otra razón, explique:

Ratificación

Ratifico que la información que he entregado con este formulario y en éste es correcta.

Escriba el nombre del miembro en letra de molde:

Firma del miembro (padre/tutor legal):

Fecha:

Instrucciones para presentar el formulario

- Incluya la información original de la farmacia que normalmente se encuentra adentro de la bolsa o grapada en la parte de afuera de la bolsa de cada medicamento. Si no tiene las etiquetas de la farmacia, pídale a su farmacia que se las proporcione.
- Complete el formulario. Firme y coloque la fecha.
- Envíe el formulario completado con la(s) etiqueta(s) de la farmacia a:

PerformRxSM/Select Health
P.O. Box 288
Essington, PA 19029

Nota: No se garantiza el reembolso. Las solicitudes de reembolso están sujetas a los límites, exclusiones y disposiciones de su plan.

If your primary language is not English, language services are available to you, free of charge. Call **1-888-276-2020 (TTY 1-888-765-9586)**.

Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Llame al **1-888-276-2020 (TTY 1-888-765-9586)**.



Healthy Connections 