FORMULARIO DE SOLICITUD DE REINTEGRO POR MEDICAMENTOS PARA MIEMBROS

Complete este formulario, adjunte las etiquetas de las recetas y envíelos por correo postal a:

OptumRx
PO Box 968021
Schaumburg, IL 60196-8021

Información del titular de la tarjeta

Número de identificación del titular de la tarjeta:	Nombre y número del grupo / empleador:
Nombre del titular de la tarjeta: (Apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta: (MM/DD/AAAA)
Dirección del titular de la tarjeta: (Calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono del titular de la tarjeta: ( )

Información sobre el paciente

Recetas para:

Nombre del paciente: (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer	Empleado ☐ Cónyuge ☐ Persona a cargo ☐	Fecha de nacimiento del paciente: (MM/DD/AAAA)

Motivo de la solicitud

- ☐ Coordinación de beneficios con la farmacia principal o plan médico.
- ☐ Solicitud combinada
- ☐ Solicitud de urgencia / emergencia fuera de área
- ☐ Problema de elegibilidad en la farmacia
- ☐ Otro, descríbalo:

Información sobre la farmacia

Nombre de la farmacia:	Número NABP de la farmacia:
Dirección de la farmacia: (Calle, ciudad, estado, código postal)	
Número de teléfono de la farmacia: ( )	Firma del farmacéutico: Fecha:

Información sobre la receta

Incluya las **etiquetas de las recetas** *con este formulario (no se aceptan recibos) o la copia impresa de la farmacia firmada por el farmacéutico. Puede solicitar la asistencia de un* **farmacéutico** *para completar la información a continuación. Si completa todo este formulario, el procesamiento de su solicitud se realizará de forma oportuna.*

En el caso de preguntas relacionadas con esta solicitud, llame sin cargo al número que figura en su tarjeta de id. de farmacia.

❶ Fecha de presentación de la receta:	Número de Rx:	Rx: (Marque una opción). ☐ Nuevo ☐ Próximo envase	Cantidad:	Dosis por día:	Código nacional del medicamento: (11 dígitos)	
Nombre del medicamento, concentración y forma de dosificación:			Nombre del médico:		N.° de NPI/DEA:	Precio pagado de Rx:
❷ Fecha de presentación de la receta:	Número de Rx:	Rx: (Marque una opción). ☐ Nuevo ☐ Próximo envase	Cantidad:	Dosis por día:	Código nacional del medicamento: (11 dígitos)	
Nombre del medicamento, concentración y forma de dosificación:			Nombre del médico:		N.° de NPI/DEA:	Precio pagado de Rx:
❸ Fecha de presentación de la receta:	Número de Rx:	Rx: (Marque una opción). ☐ Nuevo ☐ Próximo envase	Cantidad:	Dosis por día:	Código nacional del medicamento: (11 dígitos)	
Nombre del medicamento, concentración y forma de dosificación:			Nombre del médico:		N.° de NPI/DEA:	Precio pagado de Rx:

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta y que las recetas presentadas son para mí o los miembros de mi familia que son eligibles. Certifico que las recetas presentadas son solo para uso del paciente mencionado. Comprendo que los actos fraudulentos (incluidas reclamaciones falsas) pueden estar sujetas a sanciones civiles o penales. También autorizo la divulgación de la información elegible, que pertenezca a estas solicitudes, al administrador del plan, el agente asegurador, el patrocinador del plan, el titular de la política o el empleador.

Firma: Fecha:

All Optum™ trademarks and logos are owned by Optum, Inc. All other brands or product names are trademarks or registered marks of their respective owners.
©Optum, Inc. All rights reserved.