

UTILICE ESTE FORMULARIO PARA SOLICITAR UN REEMBOLSO POR LAS RECLAMACIONES QUE SU FARMACIA NO PROCESÓ BAJO SU SEGURO.

Nombre del titular de la tarjeta: _____		Identificación del titular de la tarjeta: _____	
Nombre del paciente: _____		Fecha de nacimiento del paciente: _____	
Dirección del titular de la tarjeta: _____		Ciudad/Estado: _____	Código postal: _____
Número de teléfono: _____			
¿Esto es una reclamación por coordinación de beneficios? Sí No			
Solo para uso interno. Número de episodio:			
Incluya el recibo de la farmacia por cada medicamento para evitar la denegación o demoras en el procesamiento de su caso. No se puede usar solamente el recibo de caja para procesar sus reclamaciones.			
Se debe completar toda la información en los siguientes recuadros para evitar demoras o la denegación de su reclamación.			
Medicamento n.º 1		Medicamento n.º 2	
N.º de NABP de la farmacia: (Obtener de la farmacia)		N.º de NABP de la farmacia: (Obtener de la farmacia)	
Fecha de abastecimiento:		Fecha de abastecimiento:	
N.º de receta:		N.º de receta:	
Código Nacional de Medicamentos (NDC) (11 dígitos)		Código Nacional de Medicamentos (NDC) (11 dígitos)	
Nombre del medicamento:		Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento:		Concentración del medicamento:	
Nombre del médico:		Nombre del médico:	
NPI del médico: (Obtener del médico)		NPI del médico: (Obtener del médico)	
Cantidad/suministro de días:		Cantidad/suministro de días:	
Paciente pagó:		Paciente pagó:	
Proporcione una breve explicación sobre por qué pagó de su bolsillo por los medicamentos. (Adjunte una hoja aparte si necesita espacio adicional).			
Este formulario se puede enviar por fax a: 866-646-1403 ☐ Este formulario se puede enviar por correo a: Elixir - DMR 8935 Darrow Rd P.O. Box 1208 Twinsburg, OH 44087			

Se debe completar toda la información en los siguientes recuadros para evitar demoras o la denegación de su reclamación.

Medicamento adicional		Medicamento adicional	
N.° de NABP de la farmacia: (Obtener de la farmacia)		N.° de NABP de la farmacia: (Obtener de la farmacia)	
Fecha de abastecimiento:		Fecha de abastecimiento:	
N.° de receta:		N.° de receta:	
Código Nacional de Medicamentos (NDC) (11 dígitos)		Código Nacional de Medicamentos (NDC) (11 dígitos)	
Nombre del medicamento:		Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento:		Concentración del medicamento:	
Nombre del médico:		Nombre del médico:	
NPI del médico: (Obtener del médico)		NPI del médico: (Obtener del médico)	
Cantidad/suministro de días:		Cantidad/suministro de días:	
Paciente pagó:		Paciente pagó:	
Medicamento adicional		Medicamento adicional	
N.° de NABP de la farmacia: (Obtener de la farmacia)		N.° de NABP de la farmacia: (Obtener de la farmacia)	
Fecha de abastecimiento:		Fecha de abastecimiento:	
N.° de receta:		N.° de receta:	
Código Nacional de Medicamentos (NDC) (11 dígitos)		Código Nacional de Medicamentos (NDC) (11 dígitos)	
Nombre del medicamento:		Nombre del medicamento:	
Concentración del medicamento:		Concentración del medicamento:	
Nombre del médico:		Nombre del médico:	
NPI del médico: (Obtener del médico)		NPI del médico: (Obtener del médico)	
Cantidad/suministro de días:		Cantidad/suministro de días:	
Paciente pagó:		Paciente pagó:	

Para medicamentos adicionales, adjunte una hoja aparte.

INSTRUCCIONES

A. CUÁNDO UTILIZAR ESTE FORMULARIO

1. Este formulario de reclamación se debe usar solamente cuando ha sido necesario comprar medicamentos con receta porque su farmacia participante no aceptó su tarjeta de identificación o no pudo presentar su reclamación directamente. También se debe usar cuando sea necesario surtir medicamentos con receta en una farmacia no participante.
2. Envíe este formulario a la dirección que aparece abajo apenas haya surtido sus medicamentos con receta para recibir el pago de inmediato. NO ES necesario conservar el formulario hasta completarlo en su totalidad.

B. CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

1. Complete la parte superior del formulario de reclamación debajo de **Información del titular de la tarjeta**. Transfiera el número de identificación del titular de la tarjeta, el número de miembro (si es aplicable) y el número de grupo de su tarjeta de identificación.
2. Se debe completar un formulario de reclamación por separado para cada **paciente**.
3. Pídale a su farmacéutico que complete la sección **INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO CON RECETA** para cada medicamento surtido y la sección **INFORMACIÓN DE FARMACIA**. Si no puede hacer que su farmacéutico complete el formulario, la mayor parte de la información necesaria en estas secciones se puede copiar de la etiqueta del medicamento con receta o de su recibo.
4. **IMPORTANTE:** Se debe incluir la cantidad de medicamento, el nombre del medicamento y la concentración o el Código Nacional de Medicamentos (NDC) de once dígitos y **deben** aparecer en sus reclamaciones o recibos presentados.
5. **Los recibos originales pagados de la farmacia deben acompañar este formulario. Un recibo de caja no es una prueba satisfactoria de compra.**
6. **SOLO PARA MEDICAMENTOS COMPUESTOS:** Pídale ayuda a su farmacéutico. El número de NDC que aparece en la reclamación debe ser el del ingrediente más caro del medicamento. Si tiene más de un medicamento compuesto, utilice formularios de reclamación adicionales.
7. Los formularios de reclamación presentados sin la información requerida pueden causar demoras en el pago y hacer que la información se devuelva para completarse.

C. ADÓNDE ENVIAR ESTE FORMULARIO

1. Envíe por correo este formulario y los recibos originales pagados de la farmacia al administrador de beneficios de su empresa o a la siguiente dirección:

Elixir - DMR
8935 Darrow Rd
P.O. Box 1208
Twinsburg, OH 44087

2. O puede enviar por fax este formulario y los recibos al 866-646-1403, Atn: DMR Department
3. Espere hasta cuatro semanas para el procesamiento y el pago de sus reclamaciones. Para las reclamaciones de la Parte D, espere hasta 14 días para el procesamiento y el pago de sus reclamaciones.
4. Puede llamar al 1-800-361-4542 entre las 8:00 a. m. y las 9:00 p. m. (hora del este) si tiene preguntas o problemas relacionados con las reclamaciones que presentó.

SE DEVOLVERÁN LAS RECLAMACIONES CON INFORMACIÓN FALTANTE O ILEGIBLE.