



## FORMULARIO DE REEMBOLSO DIRECTO PARA MIEMBROS DE MEDICAID DEL PROGRAMA DE MEDICAMENTOS CON RECETA

Use este formulario para obtener un reembolso si pagó el costo al por menor de sus medicamentos con receta cubiertos.

Puede enviar este formulario por cualquiera de estos motivos:

- Es un nuevo miembro y no tiene su tarjeta de ID.
- Su farmacia no pudo encontrar su información en el sistema de la farmacia.
- Fue dado de alta de un centro para pacientes hospitalizados después del horario de atención.
- Su seguro primario ya ha pagado la receta adjunta (Coordinación de beneficios).
- Usted tuvo una emergencia fuera del lugar donde vive y no tenía su tarjeta de ID para recetas (proporcionar comprobante de Explicación de Beneficios para Cuidado de Urgencia o Sala de Emergencias).

Lea atentamente antes de enviar por correo su formulario completado.

- Usted debe incluir los recibos originales de las etiquetas de los medicamentos y los recibos de la tarjeta de crédito o caja registradora como comprobantes de compra.
- El envío de este formulario no garantiza que usted recibirá un reembolso.
- Su reclamo puede cambiar debido a las pautas de su plan.
- Cualquier reembolso o correspondencia se enviará al miembro del plan primario.
- Los reclamos se devolverán si el formulario no está completado y firmado por el miembro del plan.

Sus recibos deberán incluir la siguiente información:

- Nombre de la farmacia
- Nombre del medicamento, concentración y cantidad
- Nombre del médico que receta
- Número de la receta y fecha en que se surtió
- La cantidad que el miembro pagó por las recetas

Si no podemos leer sus recibos, su pago podría demorarse, o es posible que no reciba un reembolso.

Envíe el formulario completado y los recibos a:

OptumRx  
P.O. Box 650334  
Dallas, TX 75265-0334

¿Tiene preguntas?

Llame al número gratuito del Departamento de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro.

**Información del miembro (en letra de imprenta)**

Nombre del plan de salud (seguro) ID del miembro Fecha de nacimiento

Apellido, Nombre, Inicial segundo nombre

Dirección postal

Nombre del médico que receta Número de teléfono del médico que receta

**Motivo de la solicitud (debe seleccionar al menos un motivo)**

- Soy un nuevo miembro y no tenía mi tarjeta de ID para recetas.
- Mi farmacia no pudo encontrar mi información en el sistema de la farmacia.
- Fui dado de alta de un centro para pacientes hospitalizados después del horario de atención.
- Tuve una emergencia fuera del lugar donde vivo y no tenía mi tarjeta de ID para recetas (proporcionar comprobante de Explicación de Beneficios para Cuidado de Urgencia o Sala de Emergencias).
- Mi seguro primario ya ha pagado la receta adjunta (ver la sección Coordinación de los Beneficios a continuación).

**Coordinación de los Beneficios**

Solo complete esta sección si su seguro primario ya ha pagado la receta adjunta.

Plan de salud primario/compañía de seguros \_\_\_\_\_

Nombre del miembro primario  
(Apellido, Nombre, Inicial segundo nombre) \_\_\_\_\_

ID del miembro primario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Al firmar este formulario confirmo que:**

- El miembro para el que se hace el reclamo está cubierto por este programa de medicamentos con receta.
- Esta receta es solo para el miembro mencionado.
- Los reclamos que envié para el pago no cumplen los requisitos de pago por otro programa de seguro automovilístico sin culpa o de accidentes laborales.
- Autorizo la divulgación de toda la información relativa a este reclamo al administrador del plan, asegurador, titular de la póliza patrocinada o empleador.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Conserve una copia de este formulario y de los recibos en su archivo personal.



UnitedHealthcare does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability in health programs and activities.

We provide free services to help you communicate with us, such as letters in other languages or large print. You can also ask for an interpreter. To ask for help, please call the toll-free member phone number listed on your health plan member ID card, TTY 711, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 8:00 p.m.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-941-4647, TTY 711**.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-941-4647, TTY 711**。