

Formulario de Reembolso de Reclamaciones por Recetas



Para el reembolso de reclamaciones, complete y envíe por correo este formulario a US Script, 2425 W. Shaw Ave., Fresno, CA 93711. Los formularios también pueden enviarse por fax al (559) 244-3793. **Los formularios incompletos retrasarán el procesamiento.** El servicio de atención al cliente de US Script se encuentra en el (800) 413-7721.

****A ser completado por el asegurado. Escriba claramente EN LETRA DE IMPRENTA.**

I. INFORMACIÓN SOBRE EL MIEMBRO		II. INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE RECETAS	
Nombre del Miembro:		Núm. de Identificación del Miembro Asegurado:	
Dirección:		No. de Grupo:	
Fecha de Nacimiento:	Teléfono:	Empleador:	
III. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE			
Relación con el asegurado:			
<input type="checkbox"/> Sí mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro _____			
¿Está el paciente cubierto por cualquier otro plan de cobertura médica, plan de repago de póliza de grupo, Medicare, u otros planes del gobierno?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si dijo Sí, proporcione el nombre de la persona que tiene la cobertura: _____			
Si dijo Sí, proporcione el nombre de la cobertura alternativa (nombre del grupo, empleador, asociación, etc): _____			
Enfermedad o lesión del paciente (si es una lesión, incluya una descripción del accidente, incluidos la fecha y el lugar).			
¿La enfermedad se produjo por el empleo?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si dijo Sí, proporcione la fecha en la que trabajó por última vez antes de recibir tratamiento por el cual se hizo la reclamación: _____/_____/_____			
IV. INFORMACIÓN SOBRE RECETAS			
Esta sección debe ser completada por usted o por el farmacéutico que lo surte. Debe adjuntarse la etiqueta de una receta para cada receta. Alternativamente, incluya una copia del recibo de su farmacia con este formulario.			
Nombre de la Farmacia:		Dirección de la Farmacia:	
Número de la Receta:	Fecha de Suministro:	Cantidad:	
Nombre y Concentración de la Receta:		Días de Suministro (30, 60, 90):	
NDC #:	DAW:	Precio:	Comentarios:
Nombre de la Farmacia:		Dirección de la Farmacia:	
Número de la Receta:	Fecha de Suministro:	Cantidad:	
Nombre y Concentración de la Receta:		Días de Suministro (30, 60, 90):	
NDC #:	DAW:	Precio:	Comentarios:

Sírvase firmar y colocar la fecha aquí: **Certifico que la información anterior es correcta y que las recetas enumeradas arriba son para mí o miembros elegibles de mi familia que han recibido el medicamento descrito arriba, y autorizo la divulgación de toda la información contenida en este formulario de reclamaciones a US Script y al patrocinador de mi plan.**

Firma: _____

Fecha de la firma: _____