

Instrucciones para completar la solicitud de reembolso de medicamentos:

Al someter una solicitud de reembolso es importante que complete toda la información solicitada en la misma para poder procesarla apropiadamente.

Reglas generales:

1. Esta solicitud debe ser completada en todas sus partes, incluya en el espacio correspondiente:
 - a. Número de identificación del beneficiario que solicita el reembolso, según aparece en la tarjeta de Cubierta de Farmacia, nombre, dirección y fecha de nacimiento (Sección 1)
 - b. Información de la farmacia donde adquirió el/los medicamentos (Sección 2)
 - c. Información relacionada al medicamento adquirido y al médico que prescribe, según especificada en los recibos que le provee la farmacia (Sección 3). Recomendamos esta sección sea completada por la farmacia, ya que hay ciertos datos que no se incluyen en los recibos. De ser necesario puede llenar más de una solicitud.
2. Incluir copia de la receta
3. Incluir recibo y etiquetas de la farmacia, en original.

Esta solicitud debe ser enviada por correo al Departamento de Farmacia, a la siguiente dirección:

First Medical Health Plan
 Departamento de Farmacia
 PO Box 191580, San Juan, PR 00919-1580

Sección 1 – Información del Asegurado

Información del Asegurado Principal

Nombre: _____ #FM(de tarjeta de identificación): _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zip Code: _____

Información del Paciente Es el Asegurado Principal (puede dejar en blanco el nombre y # Tarjeta Identificación)

Nombre: _____ #FM(de tarjeta de identificación): _____
 Person Code: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ (mm/dd/yyyy) Género: M F
 Razón para Reembolso: _____

Sección 2 – Información de la Farmacia

Nombre: _____ Teléfono: _____ NPI: _____

Sección 3 – Información de Medicamentos (Debe ser completada por la farmacia)

Medicamento #1 <input type="checkbox"/> Receta Nueva <input type="checkbox"/> Repetición # ____ de ____		Medicamento #2 <input type="checkbox"/> Receta Nueva <input type="checkbox"/> Repetición # ____ de ____	
Fecha: Servicio ____ / ____ / ____ Receta ____ / ____ / ____		Fecha: Servicio ____ / ____ / ____ Receta ____ / ____ / ____	
Número de Receta		Número de Receta	
Cantidad Despachada		Cantidad Despachada	
Días de Suplido		Días de Suplido	
Nombre del Medicamento		Nombre del Medicamento	
# de NDC		# de NDC	
Dosificación: _____ (Inyectable, Crema, Tabletas, etc.)		Dosificación: _____ (Inyectable, Crema, Tabletas, etc.)	
Dosis: _____ (xxx mg, xxx gm, xxx ml, etc.)		Dosis: _____ (xxx mg, xxx gm, xxx ml, etc.)	
NO sustituir indicado por	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Participante	NO sustituir indicado por	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Participante
Nombre del Médico		Nombre del Médico	
NPI ó DEA del Médico		NPI ó DEA del Médico	
Cantidad Pagada: Por Usted		Cantidad Pagada: Por Usted	

Firma Asegurado Principal: _____

Fecha: _____