

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 en el espacio correspondiente:
 - a. Número de identificación del suscriptor 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 su(s) medicamento(s) (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.

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

reembolsofarmacia@firstmedicalpr.com

Sección 1 – Información del Asegurado

Información del Asegurado Principal			
Nombre: _____	#FM(de tarjeta de identificación): _____		
Dirección: _____	Teléfono: _____		Estado: _____
Ciudad: _____	Zip Code: _____		
Información del Paciente <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro	
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 o DEA del Médico	NPI o DEA del Médico
Cantidad Pagada: Por Usted	Cantidad Pagada: Por Usted

Firma Asegurado Principal: _____ **Fecha:** _____