

Formulario de Solicitud de Reembolso de Medicamentos

- El propósito de este formulario es para que usted solicite un reembolso por los medicamentos que fueron comprados sin haber utilizado su tarjeta de plan médico.
- Para poder procesar su reclamación dentro de un tiempo máximo de 10 días laborables luego de haber recibido esta solicitud, es importante que complete toda la información solicitada y provea toda la documentación requerida.
- Favor utilizar una forma separada por cada paciente.
- En ocasiones, es necesario que contacte al farmacéutico para que este le ayude a completar la información que se requiere de la farmacia.
- Dependiendo de su cubierta de farmacia, su plan médico determinará si el reembolso será otorgado.
- Todos los reembolsos están sujetos a los términos y a las condiciones del plan y pueden ser menores a la cantidad presentada según el costo del plan y los copagos.
- Solo se concederá su reembolso si su solicitud de reembolso es recibida en un término no mayor de 180 días a partir de la fecha de compra de sus medicamentos.

Información del paciente / Favor completar en su totalidad
Número de contrato:
Número de grupo:
Nombre:
Fecha de nacimiento: (D-M-A)
Dirección:
Teléfono:
Nombre del representante legal (si aplica):

Firma de Asegurado o Representante Legal

Fecha

Sección de Farmacia			
NABP:	Número de receta:	Fecha de despacho:	Cantidad:
Días de suplido:	Nombre del medicamento y potencia:		NDC del medicamento:
Nombre del médico:		NPI del Médico:	Total Pagado:

Para completar su solicitud de reembolso de medicamentos es requerido que acompañe este formulario con los siguientes documentos:

- Copia de la receta
- De no poder llenar la sección titulada “Sección de Farmacia” favor incluir el recibo original de la receta que incluya la siguiente información:
 - Nombre del Medicamento, dosis, y cantidad despachada
 - Número de receta
 - Código Nacional del Medicamento (NDC, por sus siglas en Ingles)
 - Precio pagado por el medicamento
 - Fecha de despacho
 - Nombre, Dirección, Teléfono y NPI de la Farmacia
 - Nombre y NPI del médico que prescribió la receta
 - Incluir recibo de la caja registradora.

Recuerde firmar esta solicitud de reembolso y enviarla por correo a la siguiente dirección:

PharmPix Corp.
2 calle 1, Ste. 500
Guaynabo, PR 00968