AMERICAN HEALTH CARE
A Different Kind of Health Care Company

We help you and your family be your healthiest.

Programa de Medicamentos por Receta
Formulario para Reembolso Directo

Complete este formulario en letra de molde y envíelo cuando haya pagado un precio al por menor por un medicamento que es parte de su plan y necesita solicitar un reembolso. *Limite = un (1) formulario por cada persona.* Presente este formulario con las etiquetas farmacéuticas originales para acelerar el proceso. *Un recibo regular no es aceptado como prueba de compra.* [Para medicamentos compuestos, se debe proveer todos los números NDC (NATIONAL DRUG CODE en inglés), ingredientes, y cantidades de cada ingrediente. Las farmacias pueden usar un formulario universal de reclamo para dar información detallada.] **El proceso de reembolso puede requerir hasta seis semanas.**

Información General [UN FORMULARIO POR PACIENTE]

Nombre de Empleador [POR FAVOR, EN LETRA DE MOLDE]	Número de Grupo	Número de Empleado
Nombre de Empleado *[por ejemplo: Rodriguez, Marco A.]*	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección de Correo *(número, calle, ciudad, estado, código postal)*	Número(s) de Teléfono	
Nombre de Paciente [SI NO ES EMPLEADO]	Fecha de Nacimiento	Edad
Dirección de Correo [SI ES DIFERENTE QUE LA DEL EMPLEADO]	Número de Teléfono	
Nombre del Médico que recitó el medicamento	Número(s) de Teléfono del Médico	

Razón para el Reclamo [POR LO MENOS UNO (1) DEBE ESTAR SELECCIONADO.]

- ☐ Medicamento de fuera de área y urgente
- ☐ Medicamento no urgente o pedido por vacaciones
- ☐ Ninguna tarjeta (o número) de identificación disponible
- ☐ Miembro elegible con grupo inválido
- ☐ Referido por médico no contratado
- ☐ Medicamento compuesto
- ☐ Farmacia no contratada
- ☐ Otro _____

Certificación/Autorización/Firma [ESTE RECLAMO SE DEVOLVERÁ SI LA FIRMA DE MIEMBRO O SUSCRITO NO ESTÁ PRESENTE.]

Yo certifico que el paciente presentando este reclamo está cubierto por el programa de medicamentos de receta notado arriba y que la receta es solamente para el paciente nombrado. También certifico que el pedido presentado para reembolso no es elegible para pago ni de un programa de seguro de automóviles ni un programa de compensación para los trabajadores. Autorizo la revelación de toda la información concerniente a este reclamo al administrador del plan, el asegurador, el posesor del plan de acción, y/o empleador.

X_____ _____

Firma de Miembro o Suscrito Fecha

Todos los pagos y correspondencia van a ser proporcionados al miembro primario o suscrito.

Instrucciones Especiales

[LAS ETIQUETAS FARMACÉUTICAS ORIGINALES DEBEN TENER LA SIGUIENTE INFORMACIÓN LEGIBLE O SU REEMBOLSO PUEDE SER ATRASADO O NEGADO.]

* Nombre del Medicamento, Concentración, y Cantidad
* Número y Fecha de Receta
* Nombre del Médico que recetó la Medicina
* Nombre de la Farmacia
* Gastos del Miembro
* [para medicamento compuesto] NDC#s y Cantidades (de cada ingrediente)

Por favor envíe este formulario, completamente llenado, más etiqueta(s) correspondientes a:

American Health Care
Attn: Member Direct Reimbursements
3850 Atherton Rd
Rocklin, CA 95765

Este documento es para el uso solamente del destinatario y puede contener información confidencial y privilegiada que está protegida por las leyes federales y estatales. Cualquier acción (como revisión, uso, revelación, o distribución) sin autorización es prohibida. Si usted no es el recipiente dirigido de esta comunicación, por favor comuníquese con el remitente antes de destruir todas las formas de este mensaje.