

## FORMULARIO DE REEMBOLSO DE RECLAMACIONES POR RECETAS

Para el reembolso de reclamaciones, complete y envíe por correo este formulario a

Envolve Pharmacy Solutions | 5 River Park Place East, Suite 210 | Fresno, CA 93720

Los formularios también pueden enviarse por fax al (559) 2443793. **Los formularios incompletos retrasarán el procesamiento.** El servicio de atención al cliente de Envolve Pharmacy Solutions se encuentra en el (800) 4137721

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			
<b><i>Esta sección debe ser completada por usted o por el farmacéutico que lo surte. Debe adjuntarse la etiqueta de una receta para cada receta. También, incluya una copia del recibo de su farmacia con este formulario.</i></b>			
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:	NDC #:	DAW:

Please sign and date here: I certify that the above information is correct and the prescriptions listed above are for myself or eligible members of my family who have received the medication described above, and I authorize release of all information contained on this claim form to Envolve Pharmacy Solutions and my plan sponsor.

Signature: \_\_\_\_\_

Date signed: \_\_\_\_\_