

Lea el DORSO antes de completar este formulario: DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO ANTES DE QUE PUEDA PROCESARSE SU RECLAMO.

COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre del miembro del plan: _____
Primero Segundo Apellido

Nombre del paciente: _____
Primero Segundo Apellido

Número de ID de miembro del plan Código del paciente Número de grupo Fecha de nacimiento del paciente: ____/____/____

Dirección del miembro del plan: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Nombre del empleador: _____ Compañía de seguros: _____

Paciente: Sexo: M F
(Encerrar una opción con un círculo)

Certifico que la información anterior es correcta y que la persona indicada anteriormente es elegible para recibir beneficios. He recibido los medicamentos descritos en el presente y autorizo la divulgación de toda información incluida en este comprobante a MaxorPlus y la aseguradora.

Acepto que los beneficios pagaderos en adelante vinculados a medicamentos recetados no pueden asignarse y que cualquier asignación o intento de asignación de esto será nulo. Además, declaro que no ha habido asignaciones de beneficios a continuación.

Firma del miembro del plan: _____

¿Este medicamento está cubierto conforme a otro plan de seguro grupal? SÍ _____ NO _____ Si respondió SÍ: ¿QUIÉN? _____

Solicite a su farmacéutico que complete la parte restante: **DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO ANTES DE QUE PUEDA PROCESARSE SU RECLAMO.**

(Puede adjuntar una copia de los recibos de medicamentos recetados en lugar de completar la información a continuación, siempre y cuando incluya todos los datos necesarios)

Número de receta _____ Fecha de suministro _____ Cantidad _____ Días de suministro _____ Precio de receta _____

Nombre del medicamento _____ Forma de dosis _____ Potencia _____

N.º de NDC _____ N.º de DEA del médico _____ Nombre del médico _____

Número de receta _____ Fecha de suministro _____ Cantidad _____ Días de suministro _____ Precio de receta _____

Nombre del medicamento _____ Forma de dosis _____ Potencia _____

N.º de NDC _____ N.º de DEA del médico _____ Nombre del médico _____

Número de receta _____ Fecha de suministro _____ Cantidad _____ Días de suministro _____ Precio de receta _____

Nombre del medicamento _____ Forma de dosis _____ Potencia _____

N.º de NDC _____ N.º de DEA del médico _____ Nombre del médico _____

Número de receta _____ Fecha de suministro _____ Cantidad _____ Días de suministro _____ Precio de receta _____

Nombre del medicamento _____ Forma de dosis _____ Potencia _____

N.º de NDC _____ N.º de DEA del médico _____ Nombre del médico _____

MOTIVO PARA RECLAMO MANUAL _____

COLOCAR AQUÍ LA ETIQUETA DE LA FARMACIA O INGRESAR

Nombre de la farmacia _____ (_____) _____
Teléfono

Domicilio _____ N.º de NABP _____

Ciudad Estado Código postal _____
Firma del farmacéutico

FORMULARIO DE RECLAMO DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MAXORPLUS

Lea detenidamente antes de completar este formulario

Use este formulario de reclamo para solicitar el reintegro de los medicamentos recetados adquiridos:

- * En situaciones de emergencia, cuando se usa una farmacia no participante.

Al rellenar formularios de reclamos:

- * Complete un formulario individual para cada familiar para quien haya adquirido medicamentos recetados.
- * Complete un formulario individual para cada farmacia en la que haya adquirido medicamentos recetados.
- * Complete la parte superior del formulario en su totalidad. Los formularios incompletos se le devolverán para que los complete.
- * Incluya estos números de su tarjeta de medicamentos recetados:
 - Número de Seguro Social/Número de ID del miembro del plan (asegurado)
 - Código del paciente: número de dos dígitos asignado al familiar individual (indicado en la tarjeta)
- * Adjunte una copia del recibo de su medicamento recetado a la parte inferior O proporcione a su farmacéutico para que lo complete.

Si tiene preguntas, llame a: Servicio de atención al cliente de MAXORPLUS al (800) 687-0707.

ENVÍE SU FORMULARIO DE REINTEGRO COMPLETO A:

**Patient Reimbursement Claims
MAXORPLUS
320 S. Polk, Suite 200
Amarillo, Texas 79101**