

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**