

Para reembolso de reclamaciones, complete y envíe este formulario a Envolve Pharmacy Solutions, 5 River Park Place East, Suite 210, Fresno, CA 93720. Los formularios también se pueden enviar por fax a (844) 678-5767. **Los formularios incompletos demorarán el proceso.** Puede llamar a servicio al cliente de Envolve Pharmacy Solutions al (800) 413-7721.

¡Importante!

- Es nuestra intención procesar las reclamaciones en un plazo de 30 días
- Guarde una copia de todos los documentos que presente para su referencia
- No se garantiza el reembolso; las reclamaciones están sujetas a límites, exclusiones y disposiciones del Plan

Para que lo complete el asegurado. Por favor escriba claramente EN LETRA DE IMPRENTA.

| I. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO | | II. INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS | |
|---|-----------|---|--|
| Nombre del miembro: | | Núm. de identificación del asegurado: | |
| Dirección: | | Núm. de grupo: | |
| Fecha de nacimiento: ____/____/____ | Teléfono: | Empleador: | |
| III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE | | | |
| Relación con el asegurado: <input type="checkbox"/> Él mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otra _____ | | | |
| Coordinación de beneficios (COB) ¿Está cubierto el medicamento bajo cualquier otro seguro grupal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No *Si otra cobertura es Primaria, incluya la Explicación de beneficios (EOB) con este formulario. | | | |
| Explicación para la solicitud. | | | |

IV. INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA

Esta sección la debe completar usted o el farmacéutico que surte la receta. Para cada receta se debe adjuntar una etiqueta de receta.

Además, incluya con este formulario una copia de su recibo de farmacia.

| | | | |
|---|------|--|--------------|
| Nombre de la farmacia: | | Dirección de la farmacia: | |
| Número de prescripción: | | Fecha de surtido: _____/_____/_____ | Cantidad: |
| Nombre y concentración del medicamento: | | Días de suministro (30, 60, 90): | |
| Núm. NDC: | DAW: | Precio: | Comentarios: |
| Nombre de la farmacia: | | Dirección de la farmacia: | |
| Número de prescripción: | | Fecha de surtido: _____/_____/_____ | Cantidad: |
| Nombre y concentración del medicamento: | | Días de suministro (30, 60, 90): | |
| Núm. NDC: | DAW: | Precio: | Comentarios: |

¡Importante! La firma es obligatoria.

Firme y feche aquí: Certifico que la información anterior es correcta y los medicamentos recetados que se indican arriba son para mí o miembros elegibles de mi familia quienes han recibido el medicamento que se describe arriba, y autorizo la divulgación de toda la información contenida en este formulario de reclamación a Envelope Pharmacy Solutions y mi patrocinador del plan.

Firma: _____

Fecha de la firma: _____