

Formulario de reembolso directo para miembros

Los miembros pueden seguir los pasos a continuación para recibir el reembolso de una receta.

- Complete el formulario de reembolso directo para miembros a continuación. Asegúrese de incluir el número de identificación de miembro con esta solicitud. El número se encuentra en la tarjeta de identificación de miembro.
- Debe incluir la etiqueta de la receta (la hoja de papel que está grapada a la bolsa y que brinda detalles sobre la receta). Sólo dos recetas por formulario.
- Envíe este formulario, las etiquetas de la receta y los recibos a: Pharmacy Authorization Department, AvMed Inc., P.O. Box 569008, Miami, FL 33256.

Todas las solicitudes de reembolso de farmacia están sujetas a las pautas, políticas y procedimientos del plan. Por ejemplo, si un medicamento requiere autorización previa y fue rechazado en la farmacia, no es elegible para reembolso. Los medicamentos controlados no serán reembolsados si no se brindan autorización previa o solicitudes de edición de pasos antes de que la farmacia obtenga la receta.

Si tiene alguna pregunta, llame al equipo de Atención para Miembros al 800-882-8633 (TTY 711) o al 800-782-8622 para Medicare, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8 p.m., sábados de 9:00 a.m. a 1 p.m.

Información sobre el miembro y el plan de medicamentos recetados			
Nombre del miembro (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)		Número de Identificación de miembro	
Número de grupo Rx/RxGRP		Fecha de nacimiento	
Si esta es una dirección nueva, por favor marque aquí: <input type="checkbox"/>			
Dirección	Calle		Apt./No. de Unidad
	Ciudad, Estado	Código Postal	Número de Teléfono
Coordinación de Beneficios (COB) ¿El medicamento está cubierto por algún 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 de la solicitud.			

Información de prescripción		
Esta sección debe ser completada por usted o su farmacéutico. Adjunte hasta dos etiquetas de prescripción por formulario. Adjunte una copia de su(s) recibo(s) de farmacia con este formulario.		
Nombre de la farmacia		Dirección de la farmacia
No. de la receta médica	Fecha de llenado	Cantidad
Nombre y concentración de la receta	No. de días de suministro	NDC# (Código Nacional de Drogas)
Nombre del médico	Precio/monto pagado	Comentarios
Nombren de la farmacia		Dirección de la farmacia
No. de la receta médica	Fecha de llenado	Cantidad
Nombre y concentración de la receta	No. de días de suministro	NDC# (Código Nacional de Drogas)
Nombre del médico	Precio/monto pagado	Comentarios

POR FAVOR FIRME Y FECHE: Certifico que toda la información proporcionada es correcta y que la(s) receta(s) presentada(s) es/son para mí o para miembros de mi familia que sean elegibles. El miembro mencionado anteriormente recibió el medicamento y yo autorizo la divulgación de toda la información contenida en este reclamo a AvMed.

Nombre impreso del miembro o padres/tutor legal

Firma del miembro o padres/tutor legal

Fecha