

Para reclamar un reembolso, complete este formulario y envíelo por correo a la siguiente dirección:

Envolve Pharmacy Solutions
P.O. Box 419069
Rancho Cordova, CA 95741

Los formularios incompletos tardarán en procesarse. Puede comunicarse con el Servicio al Cliente de Envolve Pharmacy Solutions al (800) 460-8988.

¡Importante!

- Tratamos de procesar los reclamos dentro de un plazo de 60 días.
- Guarde una copia de todos los documentos enviados como constancia.
- No puede garantizarse el reembolso; los reclamos están sujetos a las limitaciones, exclusiones y disposiciones del plan.

Para que el asegurado lo complete. Hágalo de forma clara y EN LETRA DE IMPRENTA.

| I. INFORMACIÓN DEL PLAN DE RECETAS MÉDICAS Y DEL AFILIADO | |
|---|---|
| Nombre del afiliado: | N.º de identificación del afiliado: |
| Dirección: | Teléfono: |
| Ciudad, Estado, Código postal: | N.º de grupo: |
| Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fecha de nacimiento : __ / __ / ____ |
| Nombre del plan: | |
| Relación con el asegurado: <input type="checkbox"/> El propio asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otra relación: _____ | |
| Coordinación de los Beneficios (COB) ¿Algún otro plan de seguro grupal cubre este medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No *Si hubiera otra cobertura Primaria, adjunte la Explicación de Beneficios (EOB) a este formulario. | |
| Explicación de qué se solicita. | |

II. INFORMACIÓN SOBRE LAS RECETAS MÉDICAS

Esta sección debe completarla usted o el farmacéutico que despacha los medicamentos. Debe añadirse una etiqueta del medicamento con receta médica a cada receta médica. Además, incluya una copia del recibo de la farmacia junto con este formulario.

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| Nombre de la farmacia: | Dirección de la farmacia: | |
| Cantidad de recetas: | Fecha de surtido: __ / __ / ____ | Cantidad: |
| Nombre y concentración del medicamento con receta médica: | Días de suministro (30, 60, 90): | Número de Código Nacional del Medicamento (por sus siglas en inglés, NDC): _____-_____-____ |
| Nombre del médico: | Precio/Monto pagado: | Comentarios: |
| Nombre de la farmacia: | Dirección de la farmacia: | |
| Cantidad de recetas: | Fecha de surtido: __ / __ / ____ | Cantidad: |
| Nombre y concentración del medicamento con receta médica: | Días de suministro (30, 60, 90): | Número de NDC: _____-_____-____ |
| Nombre del médico: | Precio: | Comentarios: |

¡Importante! Se requiere una firma.

Firme y feche aquí: Certifico que la información que antecede es correcta y que las recetas antes enumeradas son para mí o para los afiliados elegibles de mi familia que hemos recibido los medicamentos que antes se describen, y autorizo la divulgación de toda la información que se encuentra en este formulario de reclamos a Envoke Pharmacy Solutions y a mi patrocinador del plan.

Firma: _____ **Fecha de la firma:** _____