

### Cada Recibo de Farmacia Debe Mostrar:

- ♦ Nombre del Participante
- ♦ Nombre / Dosis y Número de NDC
- ♦ Nombre del Doctor o Número del DEA
- ♦ Número de la Prescripción
- ♦ Cantidad Métrica / Días de Suministro
- ♦ Fecha de Compra
- ♦ Nombre y Dirección de la Farmacia O Número de NABP
- ♦ Dispense como se escribe (DAW), si es aplicable
- ♦ Costo Total

La presentación de este formulario de reclamación, para usted o cualquiera de sus dependientes, autoriza la divulgación de toda la información a los proveedores de atención médica aplicables y a todos los demás involucrados en el llenado de las recetas o el procesamiento de las reclamaciones presentadas.

### POR FAVOR COMPLETE LAS SECCIONES 1 A 4. INCLUYE LOS RECIBOS ANTES DE ENVIAR POR CORREO

Utilice un formulario de reclamación separado para cada miembro cubierto de la familia

#### 1. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

Número de ID del Participante Principal (requerido)

Número de ID del Plan / Grupo

Patrocinador del Plan / Empleador

Apellido

Primer Nombre inicial del segundo nombre

Dirección- Calle Apt.

Ciudad Estado Código postal

Número de Teléfono Durante el Día ext.

#### 3. RAZONES PARA RECLAMACIONES O NOTAS ESPECIALES

---



---



---



---

#### 2. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Apellido del Participante

Primer Nombre del Participante inicial del segundo nombre

Fecha de Nacimiento del Participante

El Sexo: M F

Mes Día Año Número de Recibos: \_\_\_\_\_

Relación del Participante con el Titular de la Tarjeta:

- Yo     Esposo     Hija     Hijo  
 Viudo     Estudiante a Tiempo Completo  
 Dependientes Patrocinado/ Otro

¿Se obtuvo esta receta mientras viajaba / residía fuera de los Estados Unidos?  Sí  No

#### Coordinación de Beneficios

¿El seguro médico está cubierto por otro seguro de grupo?

En caso afirmativo ¿hay otra cobertura?:  Primario  Secundario

Si la otra cobertura es primaria, incluya la explicación de beneficios (EOB) con este formulario.

Nombre de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Número de ID \_\_\_\_\_

#### 4. ¡IMPORTANTE! SE REQUIERE UNA FIRMA EN AMBOS A Y B

**REGLAMENTO DE PREVENCIÓN DEL FRAUDE:** Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presenta una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información falsa o oculta información con el propósito de engañar con información relacionada con cualquier hecho material comete un acto de seguro fraudulento, un delito y somete a tal persona a sanciones penales y civiles.

A. \_\_\_\_\_  
**Firma del Participante del Plan**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN:** Certifico que yo (o mi dependiente elegible) he recibido la medicina descrita aquí y que el participante del plan mencionado es elegible para recibir beneficios de prescripción. También certifico que el medicamento recibido no es para el tratamiento de una lesión en el trabajo. He indicado en la casilla de COB arriba si hay cobertura de medicamentos recetados primaria bajo otro plan médico. Autorizo la liberación de toda la información relacionada con esta reclamación a TrueScripts, el administrador de beneficios de prescripción; Asegurador de seguros; patrocinador; tenedor de una póliza; Y / o empleador. Certifico que toda la información introducida en este formulario es correcta.

B. \_\_\_\_\_  
**Firma del Participante del Plan**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

ENVÍE POR CORREO ESTE FORMULARIO Y TODOS LOS RECIBOS ORIGINALES DE RECETAS A:

Número de Atención al Cliente de TrueScripts: 1-844-257-1955

**TrueScripts Management Services**  
 Attn: Claims  
 513 E South Street  
 Washington, IN 47501