



Federal Employee Program®

Programa para Empleados Federales
FORMULARIO DE RECLAMO DE
MEDICAMENTOS CON RECETA COMPRADOS
EN FARMACIAS DEL EXTRANJERO

INSTRUCCIONES

- Este formulario es para hacer un reembolso directo por los medicamentos con receta que se compraron fuera de los Estados Unidos.
Se necesitan las facturas de la farmacia y la firma del afiliado/paciente.
Utilice un formulario de reclamo por cada paciente.
No engrape facturas o adjuntos a este formulario.
La presentación oportuna de los reclamos por medicamentos comprados en farmacias del extranjero se limita a un año a partir de la fecha de surtido de las recetas.

INFORMACIÓN NECESARIA DEL AFILIADO O DEL TITULAR DE LA POLIZA:

Form fields for Name of insured, Address, City, State, Postal code, and Country.

Form for Identification Number (NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN) with a grid for digits.

CORREO ELECTRÓNICO

Envíe el formulario completo a:
Service Benefit Plan
Retail Pharmacy Program
P.O. Box 52057
Phoenix, AZ 85072-2057

Certifico que la información es correcta y completa, y que estoy reclamando beneficios solo por los cargos del paciente nombrado abajo. Por la presente se autoriza a cualquier proveedor de servicios que participara de alguna manera en la atención del paciente a revelar cualquier información médica que considere necesaria para adjudicar este reclamo.

INFORMACIÓN NECESARIA DEL PACIENTE:

Form fields for Patient Name (Last, First), Date of Birth, Gender, and Relationship to Insured.

INFORMACIÓN DEL PAÍS EXTRANJERO:

Form fields for Country where medications were purchased and the currency of the country.

INFORMACIÓN PARA EL RECLAMO DE MEDICAMENTOS CON RECETA (un medicamento por línea):

Form fields for medication claim 1: Date of purchase, Quantity, Supply in days, Name of medication, Cost of prescription, Presentation, Concentration, Name of prescriber, and Address.

Form fields for medication claim 2: Date of purchase, Quantity, Supply in days, Name of medication, Cost of prescription, Presentation, Concentration, Name of prescriber, and Address.

Form fields for medication claim 3: Date of purchase, Quantity, Supply in days, Name of medication, Cost of prescription, Presentation, Concentration, Name of prescriber, and Address.

Form fields for Signature of member/patient and Date.

Información general

Este Formulario de reclamo por medicamentos con receta comprados en farmacias del extranjero debe usarse solo para presentar un reclamo de beneficios por medicamentos con receta comprados fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico. Complete un formulario de reclamo por cada paciente. La presentación oportuna de los reclamos por medicamentos comprados en farmacias del extranjero se limita a un año a partir de la fecha de surtido de las recetas.

Debe completar todo el Formulario de reclamo por medicamentos con receta comprados en farmacias del extranjero y acompañarlo de las facturas de los medicamentos recetados. **SE NECESITA LA FIRMA DEL AFILIADO/PACIENTE.**

Asegúrese de guardar fotocopias del formulario de reclamo y de todas las facturas y la documentación de respaldo para su expediente personal.

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente un reclamo de reembolso que contenga información materialmente falsa o la oculte con el propósito de engañar, comete un acto fraudulento hacia el seguro, y eso es un delito que está sujeto a sanciones penales y civiles.

Información para el reclamo de medicamentos con receta: Escriba una lista de los medicamentos con receta incluidos en este reclamo. Aunque necesitamos facturas de los medicamentos recetados, la lista nos permitirá procesar el reclamo de manera más rápida y precisa.

- Fecha de compra: la fecha en la que usted pagó por los medicamentos.
- Cantidad: el número de comprimidos, cápsulas o la medida líquida de la receta.
- Suministro para cuántos días: la cantidad de días para los que se recetó el medicamento.
- Nombre del medicamento: el nombre del medicamento como se indica en la factura del medicamento recetado.
- Nombre equivalente del medicamento en EE. UU: el nombre en inglés del medicamento recetado.
- Presentación del medicamento: en crema, comprimidos, cápsulas, líquido, etc.
- Concentración: esta es la concentración del medicamento por dosis, como 50 mg para comprimidos o 0.05 ml para líquidos.
- Costo de la receta: indique el costo pagado en moneda extranjera.

DEBE ENVIAR ESTE FORMULARIO DE RECLAMO COMPLETO Y FIRMADO, JUNTO CON LAS FACTURAS DE MEDICAMENTOS RECETADOS, A LA DIRECCIÓN AL FRENTE DEL FORMULARIO, O PUEDE ENVIARLO POR FAX AL 001-480-614-7674

EL DEPÓSITO DIRECTO A SU CUENTA BANCARIA NO ESTÁ DISPONIBLE ACTUALMENTE PARA EL PAGO DE RECLAMOS DE MEDICAMENTOS COMPRADOS EN FARMACIAS DEL EXTRANJERO. EL PAGO SE HARÁ CON CHEQUE EN LA MONEDA DE ESTADOS UNIDOS.

USE EL FORMULARIO DE RECLAMO DE GASTOS MÉDICOS EN EL EXTRANJERO DEL PROGRAMA PARA EMPLEADOS FEDERALES PARA TODOS LOS OTROS GASTOS MÉDICOS QUE HAYA TENIDO FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS Y PUERTO RICO.

LE PODRÍAN PEDIR QUE ENTREGUE MÁS DOCUMENTACIÓN, COMO PRUEBA DE PAGO, COMPROBANTE DE TARJETA DE CRÉDITO, ESTADO DE CUENTA DEL BANCO, COPIAS DE LAS RECETAS, RECLAMOS MÉDICOS Y PRUEBA DE QUE EL MEDICAMENTO SE RECIBIÓ FÍSICAMENTE.

HAY MÁS INFORMACIÓN O FORMULARIOS DE RECLAMO EN NUESTRO SITIO WEB www.fepblue.org. O LLAMANDO AL 1-888-999-9862