

# Formulario de reclamación de reembolso de WellDyne



## Instrucciones:

1. Incluya en el formulario de reclamación toda la información posible.
2. Utilice un formulario de reclamación distinto para cada miembro de su familia.
3. Incluya el recibo original de su farmacia con los detalles sobre la receta con el formulario de reclamación de WellDyne. No aceptamos ni recibos de caja registradora ni fotocopias
4. Si hace falta, comuníquese con el farmacéutico para obtener la información detallada sobre el fármaco que debe incluir en el formulario para cada medicamento recetado dispensado.
5. Incluya el nombre completo, la dirección y el teléfono de la farmacia. Si usted o su farmacéutico tienen alguna pregunta acerca de cómo llenar este formulario, pueden llamar a nuestra línea de larga distancia gratis, al 888-479-2000 (en inglés). Puede llamarnos las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
6. Envíe el formulario completo y los recibos originales por correo directamente a: **WellDyne, PO Box 90369, Lakeland, FL 33804**
7. Recibirá respuesta dentro de 30 días.

**Use este formulario para obtener el reembolso del pago de cada medicamento recetado que adquirió sin su tarjeta de farmacia. Le reembolsaremos de acuerdo con las tarifas de farmacia de la red, menos los copagos que correspondan.**

### Información del Empleado

Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Número del grupo \_\_\_\_\_  
Apellido(s) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ 2.º nombre \_\_\_\_\_  
Número de identificación del titular \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto durante el día \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### Información del Paciente

Apellidos del paciente \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ 2.º nombre \_\_\_\_\_  
/ / \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_  
Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_  
Parentesco entre el paciente y el empleado  
Paciente \_\_\_\_\_ Cónyuge \_\_\_\_\_ Hijo(a) \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

### Información Sobre la Receta 1

Nº de receta (Rx) \_\_\_\_\_ Fecha de preparación \_\_\_\_\_  
Cantidad \_\_\_\_\_ Cantidad de días \_\_\_\_\_ Importe pagado \_\_\_\_\_  
Nombre o número de DEA del médico prescriptor \_\_\_\_\_  
Nombre y concentración del medicamento (mg, ml, etc.) \_\_\_\_\_  
Código de medicamento NDC \_\_\_\_\_  
Este medicamento es: (Marque todas las opciones pertinentes.)  
Receta nueva \_\_\_\_\_ Resurtido \_\_\_\_\_  
Receta compuesta \_\_\_\_\_ Inyectable para alergias \_\_\_\_\_

### Información Sobre la Receta 2

Nº de receta (Rx) \_\_\_\_\_ Fecha de preparación \_\_\_\_\_  
Cantidad \_\_\_\_\_ Cantidad de días \_\_\_\_\_ Importe pagado \_\_\_\_\_  
Nombre o número de DEA del médico prescriptor \_\_\_\_\_  
Nombre y concentración del medicamento (mg, ml, etc.) \_\_\_\_\_  
Código de medicamento NDC \_\_\_\_\_  
Este medicamento es: (Marque todas las opciones pertinentes.)  
Receta nueva \_\_\_\_\_ Resurtido \_\_\_\_\_  
Receta compuesta \_\_\_\_\_ Inyectable para alergias \_\_\_\_\_

## Información Sobre la Receta 3

Nº de receta (Rx)  Fecha de preparación

Cantidad  Cantidad de días  Importe pagado

Nombre o número de DEA del médico prescriptor

Nombre y concentración del medicamento (mg, ml, etc.)

Código de medicamento NDC

Este medicamento es: (Marque todas las opciones pertinentes.)

Receta nueva                       Resurtido  
 Receta compuesta               Inyectable para alergias

## Información Sobre la Receta 4

Nº de receta (Rx)  Fecha de preparación

Cantidad  Cantidad de días  Importe pagado

Nombre o número de DEA del médico prescriptor

Nombre y concentración del medicamento (mg, ml, etc.)

Código de medicamento NDC

Este medicamento es: (Marque todas las opciones pertinentes.)

Receta nueva                       Resurtido  
 Receta compuesta               Inyectable para alergias

## Información Sobre la Receta 5

Nº de receta (Rx)  Fecha de preparación

Cantidad  Cantidad de días  Importe pagado

Nombre o número de DEA del médico prescriptor

Nombre y concentración del medicamento (mg, ml, etc.)

Código de medicamento NDC

Este medicamento es: (Marque todas las opciones pertinentes.)

Receta nueva                       Resurtido  
 Receta compuesta               Inyectable para alergias

## Información Sobre la Receta 6

Nº de receta (Rx)  Fecha de preparación

Cantidad  Cantidad de días  Importe pagado

Nombre o número de DEA del médico prescriptor

Nombre y concentración del medicamento (mg, ml, etc.)

Código de medicamento NDC

Este medicamento es: (Marque todas las opciones pertinentes.)

Receta nueva                       Resurtido  
 Receta compuesta               Inyectable para alergias

Nombre de la farmacia  Dirección  Ciudad  Estado  Código postal

Número de teléfono de la farmacia  Número de identificación del proveedor (NPI)

Certifico que la información en este formulario de reclamación es correcta y autorizo la divulgación de toda la información a WellDyne y al patrocinador del plan. Certifico además que el paciente en nombre de quien se presenta esta reclamación es elegible para los beneficios y no tiene cobertura primaria para medicamentos recetados bajo ningún otro plan médico de grupo. Confirmando que los medicamentos indicados no son para el tratamiento de una lesión o enfermedad sufrida en el trabajo para la cual el empleador ha asumido la responsabilidad.

**Este formulario debe estar firmado:**

Firma del empleado o miembro

Fecha