



Formulario de pago de reclamo de medicamentos con receta médica

Para el pago del reclamo, complete y envíe por correo este formulario a Trillium Community Health Plan Attn: Pharmacy Department, P.O. Box 11740, Eugene, OR 97440-3940. Los formularios también se pueden enviar por fax al 844-956-0157. **Los formularios incompletos demorarán el procesamiento.** Puede comunicarse con Servicios al Afiliado de Trillium al 1.877.600.5472.

Importante:

- Conserve una copia de todos los documentos enviados para sus registros.
- El pago no está asegurado; la cobertura de reclamos tiene limitaciones y exclusiones.

Para que complete el asegurado. Escriba en letra de imprenta clara.

I. INFORMACIÓN DEL AFILIADO		II. INFORMACIÓN DEL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS	
Nombre del afiliado:		Número de identificación del afiliado asegurado:	
Fecha de nacimiento: ____/____/____		Teléfono:	
Dirección:			
III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Relación con el asegurado: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otro			
Coordinación de Beneficios (por sus siglas en inglés, COB) ¿El medicamento está cubierto por algún otro seguro grupal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No *Si tiene otra cobertura primaria, incluya la Explicación de beneficios (por sus siglas en inglés, EOB) en este formulario.			
Explicación de la solicitud.			



IV. INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS CON RECETAS

Usted o su farmacéutico deben completar esta sección. Se debe adjuntar la etiqueta del medicamento recetado para cada medicamento con receta.

****También debe incluir una copia de su recibo de la farmacia en este formulario.****

Nombre de la farmacia:		Dirección de la farmacia:	
Número de la receta:		Fecha de dispensación: ___ / ___ / ___	Cantidad:
Nombre y dosis que figuran en la receta:		Suministro para días (30, 60, 90):	
N.º del NDC:	DAW:	Precio:	Comentarios:
Nombre de la farmacia:		Dirección de la farmacia:	
Número de la receta:		Fecha de dispensación: ___ / ___ / ___	Cantidad:
Nombre y dosis que figuran en la receta:		Suministro para días (30, 60, 90):	
N.º del NDC:	DAW:	Precio:	Comentarios:

¿Recibió y firmó un formulario de Acuerdo de pago de farmacia (OHP 3166) en la farmacia?

- Sí, adjunte una copia**
- No, al firmar abajo, usted acepta que no firmó un formulario de Acuerdo de pago de farmacia.**

Importante: Se necesita una firma.

Firme y escriba la fecha aquí: Certifico que la información anterior es correcta y que los medicamentos con receta médica indicados anteriormente son para mí o para miembros elegibles de mi familia que hayan recibido el medicamento descrito anteriormente, y autorizo la divulgación de toda la información contenida en este formulario de reclamo a los servicios de farmacia y al patrocinador de mi plan.

Firma: _____

Fecha de firma: _____