MEMBER REIMBURSEMENT DRUG CLAIM FORM

Complete this form, attach prescription labels and mail to:

OptumRx
PO Box 968022
Schaumburg, IL 60196-8022

Cardholder Information

Cardholder's ID Number:	Group / Employer / Name and Number:
Cardholder's Name: (Last, First, Middle)	Cardholder's Birthdate: (MM/DD/YYYY)
Cardholder's Address: (Street, City, State, Zip)	Cardholder's Telephone Number: ( )

Patient Information

Prescription(s) were for:

Patient Name: (First, Middle, Last)	Gender: ☐ Male ☐ Female	Employee ☐	Spouse ☐	Dependent ☐	Patient Birthdate (MM/DD/YYYY)

Reason for Request

- ☐ Coordination of benefits with primary pharmacy or medical plan.
- ☐ Compound claim
- ☐ Out of area / urgent / emergency request
- ☐ Eligibility issue at the pharmacy
- ☐ Other, please describe:

Pharmacy Information

Pharmacy Name:	Pharmacy NABP Number:
Pharmacy Address: (Street, City, State, Zip)	
Pharmacy Telephone Number: ( )	Pharmacist Signature: Date:

Prescription Information

Please include the **prescription labels** *with this form (receipts are not acceptable) or a pharmacy printout signed by the pharmacist. You can ask your* **pharmacist** *for assistance in completing the information below. Completing this entire form will result in timely processing of your claim. For questions concerning this claim please call the toll free number listed on your pharmacy ID card.*

❶ Date Filled:	Rx Number:	Rx: (Check One) ☐ New ☐ Refill	Quantity:	Day's Supply:	National Drug Code: (11 digits)	
Medication Name, Strength, Dosage Form:			Physician Name:		NPI/DEA #	Rx Price Paid:
❷ Date Filled:	Rx Number:	Rx: (Check One) ☐ New ☐ Refill	Quantity:	Day's Supply:	National Drug Code: (11 digits)	
Medication Name, Strength, Dosage Form:			Physician Name:		NPI/DEA #	Rx Price Paid:
❸ Date Filled:	Rx Number:	Rx: (Check One) ☐ New ☐ Refill	Quantity:	Day's Supply:	National Drug Code: (11 digits)	
Medication Name, Strength, Dosage Form:			Physician Name:		NPI/DEA #	Rx Price Paid:

I certify that all information provided on this form is correct and that the prescription(s) submitted are for me or for members of my family who are eligible. I certify that the prescription(s) submitted are for the sole use of the named patient. I understand that fraudulent acts (including false claims) may be subject to civil or criminal penalties. I also authorize release of eligible information pertaining to this claim(s) to the plan administrator, underwriter, plan sponsor, policyholder and/or employer.

Signature: Date:

All Optum™ trademarks and logos are owned by Optum, Inc. All other brands or product names are trademarks or registered marks of their respective owners.
© 2015 Optum, Inc. All rights reserved.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REINTEGRO POR MEDICAMENTOS PARA MIEMBROS

Complete este formulario, adjunte las etiquetas de las recetas y envíelos por correo postal a:

OptumRx
PO Box 968022
Schaumburg, IL 60196-8022

Información del titular de la tarjeta

Número de identificación del titular de la tarjeta:	Nombre y número del grupo / empleador:
Nombre del titular de la tarjeta: (Apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta: (MM/DD/AAAA)
Dirección del titular de la tarjeta: (Calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono del titular de la tarjeta: ( )

Información sobre el paciente

Recetas para:

Nombre del paciente: (Primer nombre, segundo nombre, apellido)	Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer	Empleado ☐ Cónyuge ☐ Persona a cargo ☐	Fecha de nacimiento del paciente: (MM/DD/AAAA)

Motivo de la solicitud

- ☐ Coordinación de beneficios con la farmacia principal o plan médico.
- ☐ Solicitud combinada
- ☐ Solicitud de urgencia / emergencia fuera de área
- ☐ Problema de elegibilidad en la farmacia
- ☐ Otro, descríbalo:

Información sobre la farmacia

Nombre de la farmacia:	Número NABP de la farmacia:
Dirección de la farmacia: (Calle, ciudad, estado, código postal)	
Número de teléfono de la farmacia: ( )	Firma del farmacéutico: Fecha:

Información sobre la receta

Incluya las **etiquetas de las recetas** *con este formulario (no se aceptan recibos) o la copia impresa de la farmacia firmada por el farmacéutico. Puede solicitar la asistencia de un* **farmacéutico** *para completar la información a continuación. Si completa todo este formulario, el procesamiento de su solicitud se realizará de forma oportuna.*

En el caso de preguntas relacionadas con esta solicitud, llame sin cargo al número que figura en su tarjeta de id. de farmacia.

❶ Fecha de presentación de la receta:	Número de Rx:	Rx: (Marque una opción). ☐ Nuevo ☐ Próximo envase	Cantidad:	Dosis por día:	Código nacional del medicamento: (11 dígitos)	
Nombre del medicamento, concentración y forma de dosificación:			Nombre del médico:		N.° de NPI/DEA:	Precio pagado de Rx:
❷ Fecha de presentación de la receta:	Número de Rx:	Rx: (Marque una opción). ☐ Nuevo ☐ Próximo envase	Cantidad:	Dosis por día:	Código nacional del medicamento: (11 dígitos)	
Nombre del medicamento, concentración y forma de dosificación:			Nombre del médico:		N.° de NPI/DEA:	Precio pagado de Rx:
❸ Fecha de presentación de la receta:	Número de Rx:	Rx: (Marque una opción). ☐ Nuevo ☐ Próximo envase	Cantidad:	Dosis por día:	Código nacional del medicamento: (11 dígitos)	
Nombre del medicamento, concentración y forma de dosificación:			Nombre del médico:		N.° de NPI/DEA:	Precio pagado de Rx:

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta y que las recetas presentadas son para mí o los miembros de mi familia que son eligibles. Certifico que las recetas presentadas son solo para uso del paciente mencionado. Comprendo que los actos fraudulentos (incluidas reclamaciones falsas) pueden estar sujetas a sanciones civiles o penales. También autorizo la divulgación de la información elegible, que pertenezca a estas solicitudes, al administrador del plan, el agente asegurador, el patrocinador del plan, el titular de la política o el empleador.

Firma: Fecha:

All Optum™ trademarks and logos are owned by Optum, Inc. All other brands or product names are trademarks or registered marks of their respective owners.
©Optum, Inc. All rights reserved.