



MEMBER REIMBURSEMENT DRUG CLAIM FORM

Complete this form, attach prescription labels and mail to:

KelseyCare Advantage
Attn: Pharmacy Services
PO Box 841569
Pearland, TX 77584

| | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 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: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | Patient Birthdate (MM/DD/YYYY) |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Reason for Request | |
| <input type="checkbox"/> Coordination of benefits with primary pharmacy or medical plan. | <input type="checkbox"/> Eligibility issue at the pharmacy |
| <input type="checkbox"/> Compound claim | <input type="checkbox"/> Other, please describe: |
| <input type="checkbox"/> Out of area / urgent / emergency request | |

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

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|-------------------------------------------------------------|
| Prescription Information | | | | | |
| <i>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.</i> | | | | | |
| ① Date Filled: | Rx Number: | Rx: (Check One) <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Refill | Quantity: | Day's Supply: | National Drug Code: (11 digits) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Medication Name, Strength, Dosage Form: | | | Physician Name: | | NPI/DEA # Rx Price Paid: |
| ② Date Filled: | Rx Number: | Rx: (Check One) <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Refill | Quantity: | Day's Supply: | National Drug Code: (11 digits) _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Medication Name, Strength, Dosage Form: | | | Physician Name: | | NPI/DEA # Rx Price Paid: |
| ③ Date Filled: | Rx Number: | Rx: (Check One) <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> 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 reimbursements are subject to plan terms and conditions and may be reduced from the submitted amounts based on plan cost and copayments. Any reimbursement due will be refunded to the policy holder. The claim(s) will be returned if the member/subscriber signature is not present. For questions regarding how to complete this form or the status of your claim, please contact KelseyCare Advantage.

PHONE: 1-844-541-8507 or 713-442-4810
FAX: 1-844-541-8508 or 713-442-4848
TTY/TDD: 1-855-815-2061



FORMULARIO DE SOLICITUD DE REINTEGRO POR MEDICAMENTOS PARA MIEMBROS

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

KelseyCare Advantage
Attn: Pharmacy Services
PO Box 841569
Pearland, TX 77584

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: () |

Recetas para:

| | | |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Nombre del paciente: (Primer nombre, segundo nombre, apellido) | Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | Fecha de nacimiento del paciente: (MM/DD/AAAA) |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

Motivo de la solicitud

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coordinación de beneficios con la farmacia principal o plan médico. | <input type="checkbox"/> Problema de elegibilidad en la farmacia |
| <input type="checkbox"/> Solicitud combinada | <input type="checkbox"/> Otro, descríballo: |
| <input type="checkbox"/> Solicitud de urgencia / emergencia fuera de área | |

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.

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|-----------------------------------------------|
| 1 Fecha de presentación de la receta: | Número de Rx: | Rx: (Marque una opción). <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Próximo envase | Cantidad: | Dosis por día: | Código nacional del medicamento: (11 dígitos) |
| Nombre del medicamento, concentración y forma de dosificación: | | | Nombre del médico: | N.º de NPI/DEA: | Precio pagado de Rx: |
| 2 Fecha de presentación de la receta: | Número de Rx: | Rx: (Marque una opción). <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Próximo envase | Cantidad: | Dosis por día: | Código nacional del medicamento: (11 dígitos) |
| Nombre del medicamento, concentración y forma de dosificación: | | | Nombre del médico: | N.º de NPI/DEA: | Precio pagado de Rx: |
| 3 Fecha de presentación de la receta: | Número de Rx: | Rx: (Marque una opción). <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Próximo envase | Cantidad: | Dosis por día: | Código nacional del medicamento: (11 dígitos) |
| Nombre del medicamento, concentración y forma de dosificación: | | | Nombre del médico: | N.º 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 elegibles. 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: |
|--------|--------|

Todos los reembolsos están sujetos a planificar términos y condiciones y pueden ser reducidos a partir de los importes presentados basados en el precio de plan y copagos. Cualquier debido reembolso será devuelto al tomador del seguro. El reclamo(s) será(n) devuelto si la firma del miembro/suscriptor no está presente. Si tienes preguntas sobre cómo completar este formulario o para preguntar sobre el estado de su reclamo, por favor, póngase en contacto con KelseyCare Advantage.

LLAME: 1-844-541-8507 or 713-442-4810
FAX: 1-844-541-8508 or 713-442-4848
TTY/TDD: 1-855-815-2061