

Prescription Drug Claim Form

Domestic Claim—Direct Member Reimbursement

(Reclamación nacional de reembolso de miembro directo)



Use this form for prescriptions purchased inside of the United States. Reimbursement will be made to the participant's address on file. (Utilice este formulario para recetas compradas dentro de los Estados Unidos. El reembolso se hará a la dirección del participante que tengamos registrada.)

Part 1: Patient Information (Información del paciente)

1. Complete all information. Your DMBA ID number and RxPCN are on the front of your medical plan ID card. (Complete toda la información. Su número de identificación de DMBA y RxPCN están en el anverso de su tarjeta de identificación del plan médico.)
2. Submit claims within the filing period specified by your benefit plan. If you have questions about your filing period, please call the *Prescription Questions* number on the back of your medical plan ID card. (Presente las reclamaciones dentro del período de presentación especificado por su plan de beneficios. Si tiene preguntas sobre su período de presentación, llame al número de *Preguntas sobre recetas* que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación del plan médico.)
3. Please submit a separate form for each patient for which you purchased medication. (Envíe un formulario distinto por cada paciente para el que se compró el medicamento.)

Fields marked with an asterisk (*) are required. (Los campos marcados con un asterisco [*] son obligatorios.)

PATIENT FIRST NAME (NOMBRE DEL PACIENTE)*	PATIENT LAST NAME (APELLIDO DEL PACIENTE)*	PATIENT MIDDLE INITIAL (INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE DEL PACIENTE)
TELEPHONE NUMBER (NÚMERO DE TELÉFONO)	PATIENT BIRTH DATE (FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE)*	GENDER (GÉNERO) ☐ Male/Masculino ☐ Female/Femenino
PARTICIPANT DMBA ID NUMBER (NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE DMBA DEL PARTICIPANTE)*	PARTICIPANT RX PCN (NÚMERO RX PCN DEL PARTICIPANTE)	
STREET ADDRESS (DIRECCIÓN)		
CITY (CIUDAD)	STATE (ESTADO)	ZIP CODE (CÓDIGO ZIP)
PARTICIPANT NAME PRINTED (NOMBRE DEL PARTICIPANTE EN LETRA DE IMPRENTA)*	PARTICIPANT SIGNATURE (FIRMA DEL PARTICIPANTE)*	DATE SIGNED (FECHA DE LA FIRMA)*

Part 2: Pharmacy Information (Información de la farmacia)

1. Complete all information. (Complete toda la información.)
2. Please submit a separate form for each pharmacy from which you purchased medications. (Envíe un formulario distinto por cada farmacia en la que compró los medicamentos.)

Fields marked with an asterisk (*) are required. (Los campos marcados con un asterisco [*] son obligatorios.)

PHARMACY NAME (NOMBRE DE LA FARMACIA)*		
STREET ADDRESS (DIRECCIÓN)*		
CITY (CIUDAD)*	STATE (ESTADO)*	ZIP CODE (CÓDIGO ZIP)*

Part 3: Receipt Information (Información del recibo)

1. Include original pharmacy receipt or printout. Cash register receipts must have pharmacy detail. Attach original pharmacy receipt to this form. (Incluya el recibo o la impresión original de la farmacia. Los recibos de la caja registradora deben tener la información de la farmacia. Adjunte el recibo original de la farmacia a este formulario.)

2. Receipt must contain the information in the following table. If your receipt is missing any of this information, please ask your pharmacist to provide it. (El recibo debe contener la información de la siguiente tabla. Si falta esta información en su recibo, pídale a su farmacéutico que la proporcione.)
3. Please provide the explanation of benefits (EOB) or denial letter from the primary insurance carrier if you have primary coverage with another insurance carrier. (Proporcione la Explanation of Benefits (Explicación de los beneficios, EOB) o la carta de denegación de la compañía de seguros principal si tiene cobertura principal con otra compañía de seguros.)
4. An incomplete form may be denied, delayed, or returned. (Si un formulario está incompleto, puede ser denegado, retrasado o devuelto.)
5. Receipts will not be returned; remember to keep a copy of the completed claim form and receipt for your records. (Los recibos no se devolverán; recuerde guardar una copia del formulario de la reclamación completado y el recibo para sus registros.)

Fields marked with an asterisk (*) are required. (Los campos marcados con un asterisco [*] son obligatorios.)

RX DATE WRITTEN (FECHA DE CREACIÓN DE LA RECETA)	RX DATE FILLED (FECHA EN QUE SE SURTIÓ LA RECETA)*		RX NUMBER (NÚMERO DE LA RECETA)*
MEDICATION NAME AND STRENGTH (NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y CONCENTRACIÓN)*	NATIONAL DRUG CODE (CÓDIGO NACIONAL)	DIGANOSIS DESCRIPTION - CONDITION THE MEDICATION WAS PRESCRIBED TO TREAT (DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO - CONDICIÓN PARA LA QUE SE RECETÓ EL MEDICAMENTO)	
QUANTITY (CANTIDAD)*	NUMBER OF DAYS SUPPLY (NÚMERO DE DÍAS DE SUMINISTRO)*	MEMBER PAID AMOUNT (MONTO PAGADO POR EL MIEMBRO)*	
PRESCRIBING PHYSICIAN'S FIRST AND LAST NAME OR CLINIC NAME (NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO QUE LA RECETÓ O NOMBRE DE LA CLÍNICA)*			

**Mail this form and receipt to
(Envíe por correo este
formulario y el recibo a)**

Navitus Health Solutions, LLC
P.O. Box 999
Appleton, WI 54912-0999

OR **Fax this form and receipt to
(Envíe por fax este formulario
y el recibo a)**

920-735-5315 or
855-668-8550

OR **Email this form and a picture of the receipt to (Envíe por
correo electrónico este formulario y una foto del recibo a)**

claims.team@navitus.com

IMPORTANT NOTE: Email is neither secure nor encrypted.
(NOTA IMPORTANTE: El correo electrónico no es seguro ni está
cifrado.)