



# MEMBER REIMBURSEMENT DRUG CLAIM FORM

Complete this form, attach prescription labels and mail to:

FutureScripts  
PO Box 29044  
Hot Springs, AR 71903

## 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	Employee <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Dependent <input type="checkbox"/>	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

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.

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: _____
------------------	-------------

DMRSTDCOMM\_v02.091217



# FORMULARIO DE SOLICITUD DE REINTEGRO POR MEDICAMENTOS PARA MIEMBROS

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

FutureScripts  
PO Box 29044  
Hot Springs, AR 71903

## 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: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Empleado <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>	Persona a cargo <input type="checkbox"/>	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:
--------	--------



## Language Assistance Services

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, cuenta con servicios de asistencia en idiomas disponibles de forma gratuita para usted. Llame al número telefónico de Servicio al Cliente que figura en el reverso de su tarjeta de identificación.

**Chinese:** 注意: 如果您讲中文, 您可以得到免费的语言协助服务。请致电您ID卡背面的客户服务电话号码。

**Korean:** 안내사항: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드 뒷면에 있는 고객 서비스 번호로 전화해 주십시오.

**Portuguese:** ATENÇÃO: se você fala português, encontram-se disponíveis serviços gratuitos de assistência ao idioma. Ligue para telefone do Atendimento ao Cliente que está no verso do seu cartão de identificação.

**Gujarati:** સૂચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. કૃપયા તમારા આઈડી કાર્ડની પાછળ ગ્રાહક સેવા નંબર પર કોલ કરો.

**Vietnamese:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Hãy gọi số Dịch Vụ Chăm Sóc Khách Hàng ở mặt sau thẻ ID của bạn.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, то можете бесплатно воспользоваться услугами перевода. Позвоните в службу поддержки клиентов по номеру телефона, указанном на обратной стороне вашей идентификационной карты.

**Polish:** UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer Obsługi klienta znajdujący się na odwrocie Twojego identyfikatora.

**Italian:** ATTENZIONE: Se lei parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiami il numero dell'Assistenza clienti che troverà sul retro della sua tessera identificativa.

## Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك بالمجان. الرجاء الاتصال برقم "خدمة العملاء" الموجود على ظهر بطاقة هويتك.

**French Creole:** ATANSYON : Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Tanpri rele nimewo Sèvis Kliyantèl ki sou do kat idantifikasyon ou a.

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo na tulong sa wika nang walang bayad. Mangyaring tawagan ang numero ng Customer Service na nasa likod ng iyong ID card.

**French:** ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Veuillez composer le numéro du service clientèle indiqué au dos de votre carte d'identité Médicale.

**Pennsylvania Dutch:** BASS UFF: Wann du Pennsylvania Deitsch schwetzscht, kannscht du Hilf griege in dei eegni Schprooch unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf die Number uff die hinnerscht Seit vun dei ID Card uff fer schwetze mit ebber as dich helfe kann.

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। कृपया अपने आईडी कार्ड के पीछे दिए ग्राहक सेवा नंबर पर कॉल करें।

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, können Sie kostenlos sprachliche Unterstützung anfordern. Bitte rufen Sie unsere Kundendienstnummer auf der Rückseite Ihrer Identifikationskarte an.

**Japanese:** 備考: 母国語が日本語の方は、言語アシスタンスサービス(無料)をご利用いただけます。ご自分のIDカードの裏面に記載されているカスタマーサービスの番号へお電話ください。

## Persian (Farsi):

توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. لطفاً با شماره خدمات مشتریان که در پشت کارت شناسایی شما درج شده است تماس بگیرید.



**Navajo:** Díí baa akó nínizín: Díí saad bee yánífti'go Diné Bizaad, saad bee áká'anída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh. T'áá shqodí hódíílnih kojí' Áká'anídaalwo'jii éí binumber naaltsoos nítl'izgo nantinígíí bine'déé' bikáá'.

**Urdu:**

توجہ درکار ہے: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو آپ کے لئے مفت میں زبان معاون خدمات دستیاب ہیں۔ آپ کے شناختی کارڈ کے پیچھے دئیے گئے صارف خدمات نمبر پر برائے کرم کال کریں۔

**Discrimination is Against the Law**

This Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. This Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

This Plan provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters, and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Free language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages.

**Mon-Khmer, Cambodian:** សូមមេត្តាចាប់អារម្មណ៍៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាមន-ខ្មែរ ឬភាសាខ្មែរ នោះ ជំនួយផ្នែកភាសានឹងមានផ្តល់ជូនដល់លោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខសេវាសមាជិក ដែលមាននៅ ផ្នែកខាងក្រោយនៃបណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់លោកអ្នក ។

If you need these services, contact our Civil Rights Coordinator. If you believe that This Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator. You can file a grievance in the following ways: In person or by mail: ATTN: Civil Rights Coordinator, 1901 Market Street, Philadelphia, PA, 19103; By phone: 1-888-377-3933 (TTY: 711), By fax: 215-761-0245, By email: [civilrightscordinator@1901market.com](mailto:civilrightscordinator@1901market.com). If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

