



MEMBER REIMBURSEMENT DRUG CLAIM FORM

Complete this form, attach prescription labels and mail to:

OptumRx
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: ☐ Male ☐ Female	Employee ☐	Spouse ☐	Dependent ☐	Patient Birthdate (MM/DD/YYYY)
-------------------------------------	--	--------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

Reason for Request

- | | |
|--|--|
| ☐ Coordination of benefits with primary pharmacy or medical plan. | ☐ Eligibility issue at the pharmacy |
| ☐ Compound claim | ☐ Other, please describe: |
| ☐ 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) ☐ New ☐ 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) ☐ New ☐ 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) ☐ 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:
------------	-------

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:

OptumRx
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: ☐ 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.	☐ Problema de elegibilidad en la farmacia
☐ Solicitud combinada	☐ Otro, descríballo:
☐ 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.

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.º 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.º 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.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:
--------	--------





Nondiscrimination notice and access to communication services

OptumRx and its family of affiliated Optum companies does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex in its health programs or activities.

We provide assistance free of charge to people with disabilities or whose primary language is not English. To request a document in another format such as large print or to get language assistance such as a qualified interpreter, please call the number located on the back of your prescription ID card, TTY 711. Representatives are available 24 hours a day, seven days a week.

If you believe that we have failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can send a complaint to:

OptumRx Civil Rights Coordinator
11000 Optum Circle
Eden Prairie, MN 55344

Phone: **1-800-562-6223**, TTY **711**
Fax: 855-351-5495
Email: **Optum_Civil_Rights@Optum.com**

If you need help filing a complaint, please call the number located on the back of your prescription ID card, TTY 711. Representatives are available 24 hours a day, seven days a week. You can also file a complaint directly with the U.S. Dept. of Health and Human services online, by phone, or by mail:

Online: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Complaint forms are available at
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Phone: Toll-free **1-800-368-1019**, 800-537-7697 (TDD)

Mail: U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue,
SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

This information is available in other formats like large print. To ask for another format, please call the telephone number listed on your health plan ID card.



All Optum® trademarks and logos are owned by Optum, Inc. All other brand or product names are trademarks or registered marks of their respective owners. © 2016 Optum, Inc. All rights reserved. ORX284511_161212



Multi-language interpreter services

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call the toll-free phone number listed on your identification card.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

請注意：如果您說中文 (**Chinese**)，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打會員卡所列的免付費會員電話號碼。

XIN LU'U Ý: Nếu quý vị nói tiếng **Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ở mặt sau thẻ hội viên của quý vị.

알림: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.

PAALALA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono na nasa iyong identification card.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русском (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الرجاء الاتصال على رقم الهاتف المجاني الموجود على معرف العضوية.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki sou kat idantifikasyon w.

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte d'identification.

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej.

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue gratuitamente para o número encontrado no seu cartão de identificação.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per favore chiamate il numero di telefono verde indicato sulla vostra tessera identificativa.

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die gebührenfreie Rufnummer auf der Rückseite Ihres Mitgliedsausweises an.

注意事項：日本語(**Japanese**)を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。健康保険証に記載されているフリーダイヤルにお電話ください。

توجه: اگر زبان شما فارسی (**Farsi**) است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگانی که روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने पहचान पत्र पर सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xovtooj hu deb dawb uas teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj cim qhia tus kheej.

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយ**ភាសាខ្មែរ (Khmer)**សេវាជំនួយភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃ ដែលមាននៅលើអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក។

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyan. Maidawat nga awagan iti toll-free a numero ti telepono nga nakalista ayan iti identification card mo.

Díí BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yániit'igo, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shòqdí ninaaltsoos nit'izí bee nééhozinígíí bine'déé' t'áá jíík'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodiilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka telefonka khadka bilaashka ee ku yaalla kaarkaaga aqoonsiga.

