

Formulario de solicitud de reembolso – Asistencia con el copago
Cargue el FORMULARIO COMPLETO y la documentación de apoyo a través del Portal o envíelo por fax al 800-282-7692

Atención: Este formulario debe rellenarse SÓLO si ha comprado el medicamento de su bolsillo dentro del periodo de aprobación de la subvención.

Número de identificación de HealthWell: _____

1. Nombre del paciente (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		2. Fecha de nacimiento del paciente			
3. ¿Quién recibirá el reembolso? (Marque una opción) <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Paciente/Custodia legal <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Consultorio médico	4. Haga el cheque a nombre de (Nombre de la persona, centro u organización)				
	5. Dirección para el pago (calle, ciudad, estado, código postal)				
	6. Teléfono	7. Fax		8. Dirección de correo electrónico	
9. Fecha(s) de servicio	10. Nombre del/de los medicamento(s) /Código J.	11. Diagnóstico/Código ICD-10	12. Importe cobrado a la aseguradora	13. Importe aprobado por la aseguradora	14. Monto del copago del paciente
15. Información de referencia del paciente que debe imprimirse en el cheque (por ejemplo, número de cuenta del paciente, número de receta, identificación del paciente) 20 caracteres como máximo					
SOLICITUD DE COPAGO					
El paciente/tutor/farmacia/médico DEBE presentar lo siguiente para las solicitudes de reembolso de copagos:					
<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de beneficios (EOB) de la aseguradora con el nombre del paciente, la fecha del servicio, el código del medicamento elegible/nombre del medicamento, la cantidad pagada por la aseguradora y la cantidad del copago del paciente 					
O					
<ul style="list-style-type: none"> • Recibo de la farmacia (factura de la farmacia para asistencia pediátrica) con el nombre del paciente, la fecha del servicio, el código del medicamento elegible/nombre del medicamento, la cantidad pagada por la aseguradora y la cantidad de copago del paciente 					
O					
<ul style="list-style-type: none"> • Captura de pantalla de la farmacia con el nombre del paciente, la fecha del servicio, el código del medicamento elegible/nombre del medicamento, el importe pagado por la aseguradora y el importe del copago del paciente 					
Y					
Comprobante de pago REQUERIDO CUANDO SE REEMBOLSA AL PACIENTE DIRECTAMENTE: Copia del estado de cuenta bancario (debe mostrar el nombre del titular de la cuenta), cheque cancelado (debe ir acompañado de un estado de cuenta bancario), estado de cuenta de la tarjeta de crédito (debe mostrar el nombre del titular de la cuenta) o recibo del registro. Tenga en cuenta que la opción de reembolsar directamente a los pacientes no se aplica al fondo de asistencia pediátrica.					
Declaración del solicitante autorizado					
Verifico que la información proporcionada en esta solicitud es completa y precisa. Además, verifico que, a mi leal saber y entender, la información presentada en la solicitud original de asistencia de mi/el paciente a HealthWell no ha cambiado. Entiendo que estoy obligado a notificar a HealthWell si tengo conocimiento de que la información de contacto de mi/el paciente (dirección, teléfono, correo electrónico), la situación financiera, el estado del seguro o la condición médica cambian con respecto a lo informado en la solicitud original. No he recibido ningún otro reembolso por los gastos para los que solicito el reembolso de HealthWell, ni recibiré dicho reembolso de ninguna fuente (incluyendo, pero sin limitarse a, Medicaid, programas estatales de asistencia para medicamentos, programas de asistencia para copagos u otras fundaciones), o una cuenta de gastos flexibles de atención médica. Entiendo que yo/el paciente debe utilizar la subvención HealthWell regularmente para mantenerla activa. Además, entiendo que HealthWell se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, de modificar o interrumpir alguno o todos los programas con respecto a cualquier solicitante o en su totalidad, de modificar los criterios de elegibilidad relacionados o de finalizar la asistencia.					
16. Firma del solicitante autorizado (OBLIGATORIA)				17. Fecha: (Si no tiene fecha HealthWell considerará la fecha de envío como el día de procesamiento)	
X _____				X _____	