



Benefit Administrators, Inc.
Claims Division
 4615 Walzem Road, Suite 300
 San Antonio, TX 78218
 1-800-899-9355 • 1-800-899-WELL

For FCE use only	
Plan No. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Claim No. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

PRESCRIPTION DRUG CLAIM FORM

Complete the information below for reimbursement of covered prescription drug claims.

Cardholder Name: _____

Cardholder ID Number: _____ Four-Digit Plan Code _____

Cardholder Address: _____
Street Address City State Zip

Employee Name: _____
First Name Middle Name Last Name

Patient Name: _____
First Name Middle Name Last Name

If your medication is covered under *any other* insurance plan, provide the name of the employer and insurance company:

Note: If the primary insurance company does not pay a pharmacy benefit, an Explanation of Benefits from the primary insurance company or a print-out from the pharmacy explaining the reason for non-payment should be submitted with this claim form.

I certify that the above information is correct and that the person is eligible for benefits. I have recieved the medication described herein and authorize release release of all information contained on this voucher to FCE and the underwriter.

I agree that any benefit payable hereunder for prescription drugs is not assignable and that any assignment or attempted assignment thereof shall be void. I further represent that there has been no assignment of benefits hereunder.

Cardholder Signature _____

Date: _____

Phone number: _____

Attach copies of prescription receipt showing: Pharmacy name, prescription number, drug name, drug cost, patient name, fill date, quantity and days supply.



Benefit Administrators, Inc.
Claims Division
 4615 Walzem Road, Suite 300
 San Antonio, TX 78218
 1-800-899-9355 • 1-800-899-WELL

For FCE use only	
Plan No. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Claim No. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

FORMULARIO DE RECLAMO DE MEDICAMENTO DE VENTA CON RECETA

Complete la información a continuación para el reembolso de las reclamo de medicamentos cubiertos de venta con receta.

Nombre del titular: _____

Nombre de identificación del titular: _____ Código del plan de cuatro dígitos _____

Dirección del titular: _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Nombre del empleado: _____
Nombre de pila Segundo nombre Apellido

Nombre del paciente: _____
Nombre de pila Segundo nombre Apellido

Si su medicamento está cubierto bajo *cualquier otro* plan de seguro, proporcione el nombre del empleador y de la compañía aseguradora:

Nota: Si la compañía aseguradora principal no paga un beneficio de farmacia, se debe enviar con este formulario de reclamo una Explicación de Beneficios de la compañía aseguradora principal o un documento impreso de la farmacia que explique el motivo por el cual no efectúa el pago.

Certifico que la información arriba mencionada es correcta y que la persona es elegible para recibir los beneficios. He recibido la medicación aquí descrita y autorizo la divulgación de toda información incluida en este comprobante a FCE y al suscriptor.

Acepto que aquellos beneficios pagaderos a continuación para los medicamentos de venta con receta no son transferibles y que cualquier asignación o intento de asignación de los mismos serán inválidos. También afirmo que no ha habido una asignación de beneficios.

Firma del titular

Fecha: _____

Número de teléfono: _____

Adjunte copias del recibo de los medicamentos que indiquen: nombre de la farmacia, número de receta, nombre del medicamento, costo del medicamento, nombre del paciente, fecha de surtido, cantidad y días de suministro.