

# Prescription Claim Reimbursement Form



Did you know you can get reimbursed for prescriptions?\* Complete and mail this form to:

Centene Pharmacy Services  
7625 N. Palm Ave.  
Suite 107  
Fresno, CA 93711

This form can also be completed and sent by your doctor or pharmacist by:

- **Fax:** [1-844-678-5767](tel:1-844-678-5767)
- **Email:** [claimsprocessing@centene.com](mailto:claimsprocessing@centene.com)

Incomplete forms will delay processing. If you need help, contact Centene Pharmacy Services at [1-800-413-7721](tel:1-800-413-7721).

## Important!

- **It is our intent to process your claim(s) within 30 days.**
- **Keep a copy of all documents submitted for your records.**
- **\*Reimbursement is not guaranteed. The claim(s) are subject to exclusions and limitations of Superior HealthPlan.**
- **Reimbursement checks are delivered by mail.**

To be completed by the Superior member or their Legally Authorized Representative. If you are filling out this form by hand, please PRINT clearly.

## I. Member Information

Member Name: \_\_\_\_\_ Member Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Member Address: \_\_\_\_\_ Member Phone Number: \_\_\_\_\_

## II. Prescription Plan Information

Member ID Number: \_\_\_\_\_ Rx Group Number: \_\_\_\_\_

## III. Patient Information

Relationship to Member (select one):

Self                      Spouse                      Parent/Guardian                      Other: \_\_\_\_\_

Explanation for the request:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## IV. Prescription Information

Pharmacy Name: \_\_\_\_\_  
Pharmacy Address: \_\_\_\_\_  
Rx Number: \_\_\_\_\_ Date Filled: \_\_\_\_\_ Quantity: \_\_\_\_\_  
National Drug Code (NDC) Number: \_\_\_\_\_ Dispense as Written (DAW): \_\_\_\_\_ Price: \_\_\_\_\_  
Comments: \_\_\_\_\_

**Note: The prescription label must be attached for your prescription. Please also include a copy of your pharmacy receipt with this form.**

## Important! A signature is required.

Please sign and date below: I certify that the above information is correct, and the prescriptions listed above are for myself or eligible members of my family who have received the medication described above. I authorize release of all information contained on this claim form to Centene Pharmacy Services and Superior HealthPlan.

Signature: \_\_\_\_\_ Date signed: \_\_\_\_\_

**SuperiorHealthPlan.com**

SHP\_202411341

# Formulario de reembolso del reclamo de la receta



¿Sabía que puede obtener un reembolso por sus recetas?\* Llene y envíe este formulario a:

Centene Pharmacy Services  
7625 N. Palm Ave.  
Suite 107  
Fresno, CA 93711

Su médico o farmacéutico también pueden llenar y enviar este formulario por:

- **Fax:** [1-844-678-5767](tel:1-844-678-5767)
- **Correo electrónico:** [claimsprocessing@centene.com](mailto:claimsprocessing@centene.com)

Los formularios incompletos demorarán el procesamiento. Si necesita ayuda, comuníquese con los servicios de farmacia de Centene al [1-800-413-7721](tel:1-800-413-7721).

## ¡Importante!

- **Nuestro objetivo es procesar sus reclamos dentro de 30 días.**
- **Conserve una copia de todos los documentos enviados para sus registros.**
- **\*No se garantiza el reembolso. Los reclamos están sujetos a las exclusiones y limitaciones de Superior HealthPlan.**
- **Los cheques de reembolso se envían por correo.**

El miembro de Superior o su representante legal autorizado debe llenar el formulario. Si está llenando este formulario a mano, por favor **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE** claramente.

## I. Información del miembro

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del miembro: \_\_\_\_\_  
Dirección del miembro: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del miembro: \_\_\_\_\_

## II. Información del plan de recetas

Número de identificación del miembro: \_\_\_\_\_ Número de grupo de la receta: \_\_\_\_\_

## III. Información del paciente

Relación con el miembro (seleccione una a continuación):

Titular                      Cónyuge                      Padre/madre/tutor                      Otro: \_\_\_\_\_

Explicación de la solicitud: \_\_\_\_\_

## IV. Información de la receta

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_  
Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_  
Número de receta: \_\_\_\_\_ Fecha de surtido: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_  
Número del Código Nacional de Medicamentos (NDC): \_\_\_\_\_ Surtido conforme a la receta (DAW): \_\_\_\_\_  
Price: \_\_\_\_\_ Comments: \_\_\_\_\_

**Nota: La etiqueta de la receta debe estar adjunta para obtener su medicamento recetado. Por favor, incluya también una copia del recibo de la farmacia junto con este formulario.**

## ¡Importante! Se requiere una firma.

Coloque su firma y la fecha a continuación: Certifico que la información proporcionada es correcta y que las recetas mencionadas anteriormente son para mí o para miembros elegibles de mi familia que han recibido el medicamento descrito. Autorizo la divulgación de toda la información que se incluye en este formulario de reclamo a los servicios de farmacia de Centene y Superior HealthPlan.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_