

STEP 2**Submission Requirements:**

You **MUST** include all original “pharmacy” receipts in order for your claim to process. “Cash register” receipts will only be accepted for diabetic supplies. The minimum information that must be included on your pharmacy receipts is listed below:

- Patient Name
- Prescription Number
- Drug’s 11 Digit NDC Number
- Date of Fill
- Quantity of Drug
- Total Paid
- Days Supply for your prescription (you need to ask your pharmacist for this “Day Supply” information)

Pharmacy name and address or pharmacy NABP number: _____

Prescribing physician’s name: _____

Prescribing physician’s address: _____

Prescribing physician’s phone number: _____

Additional comments: _____

Number of prescriptions you are submitting for reimbursement: _____

Prescription 1	Prescription (Rx) Number <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Drug Name <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	National Drug Code (NDC Number) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Date Filled (MM/DD/YY) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Total Paid (\$ Amount) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Prescriber’s National Provider Identifier Number <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Quantity of Drug <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Days Supply <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Prescription 2	Prescription (Rx) Number <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Drug Name <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	National Drug Code (NDC Number) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Date Filled (MM/DD/YY) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Total Paid (\$ Amount) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Prescriber’s National Provider Identifier Number <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Quantity of Drug <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Days Supply <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Prescription 3	Prescription (Rx) Number <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Drug Name <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
	National Drug Code (NDC Number) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Date Filled (MM/DD/YY) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Total Paid (\$ Amount) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	Prescriber’s National Provider Identifier Number <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Quantity of Drug <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Days Supply <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

Please utilize Additional Prescription Information page if necessary (more than 3 prescriptions).

STEP 3

Mail completed forms with receipts to:

Claims Department
 Part D Services
 P.O. Box 52077
 Phoenix, AZ 85072-2077

OR

Fax completed forms with receipts to:

Fax: 1-401-652-1911

IMPORTANT REMINDER—To avoid having to submit a paper claim form:

- Always have your prescription card available at time of purchase.
- Always use pharmacies within your network.
- Use medication from your formulary list.
- If problems are encountered at the pharmacy, call the number on the back of your card.

Additional Prescription Information

Prescription 4	Prescription (Rx) Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Drug Name	
	National Drug Code (NDC Number) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date Filled (MM/DD/YY) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Total Paid (\$ Amount) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Prescriber's National Provider Identifier Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Quantity of Drug <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Days Supply <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prescription 5	Prescription (Rx) Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Drug Name	
	National Drug Code (NDC Number) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date Filled (MM/DD/YY) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Total Paid (\$ Amount) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Prescriber's National Provider Identifier Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Quantity of Drug <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Days Supply <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prescription 6	Prescription (Rx) Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Drug Name	
	National Drug Code (NDC Number) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date Filled (MM/DD/YY) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Total Paid (\$ Amount) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Prescriber's National Provider Identifier Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Quantity of Drug <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Days Supply <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prescription 7	Prescription (Rx) Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Drug Name	
	National Drug Code (NDC Number) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date Filled (MM/DD/YY) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Total Paid (\$ Amount) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Prescriber's National Provider Identifier Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Quantity of Drug <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Days Supply <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prescription 8	Prescription (Rx) Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Drug Name	
	National Drug Code (NDC Number) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date Filled (MM/DD/YY) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Total Paid (\$ Amount) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Prescriber's National Provider Identifier Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Quantity of Drug <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Days Supply <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prescription 9	Prescription (Rx) Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Drug Name	
	National Drug Code (NDC Number) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Date Filled (MM/DD/YY) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Total Paid (\$ Amount) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Prescriber's National Provider Identifier Number <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Quantity of Drug <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Days Supply <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>