



FORMULARIO DE REEMBOLSO DEL RECLAMO DE RECETAS DE MEDICAID

Para reclamar un reembolso, complete este formulario y envíelo por correo a la siguiente dirección:
Pharmacy Services Member Reimbursements
P.O. Box 989000
West Sacramento, CA 95798

Los formularios incompletos tardarán en procesarse. Puede comunicarse con el Servicio al Cliente de la farmacia al (800) 460-8988.

¡Importante!

- Intentamos procesar los reclamos dentro de un plazo de 60 días.
- Guarde una copia de todos los documentos enviados como constancia.
- No puede garantizarse el reembolso; los reclamos están sujetos a las limitaciones, exclusiones y disposiciones del plan.
- Los reclamos para reembolso deben presentarse en el plazo de un año a partir de la fecha de compra.

Para que el asegurado lo complete. Hágalo de forma clara y EN LETRA DE IMPRENTA.

I. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO Y DEL PLAN DE RECETAS		
Nombre del miembro:		N.º de identificación del miembro:
Dirección:		Teléfono:
Ciudad, Estado, Código postal:		N.º de grupo:
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento: ____/____/____	Nombre del plan:
Relación con el asegurado: <input type="checkbox"/> El propio asegurado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otra relación: _____		
Coordinación de los Beneficios (COB) ¿Algún otro plan de seguro grupal cubre este medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No *Si hubiera otra cobertura Primaria, adjunte la Explicación de Beneficios (EOB) a este formulario.		
Explicación de qué se solicita.		

II. INFORMACIÓN SOBRE LAS RECETAS

Esta sección debe completarla usted o el farmacéutico que despacha los medicamentos. Se debe adjuntar una etiqueta del medicamento recetado para cada receta. Además, incluya una copia del recibo de la farmacia junto con este formulario.

Nombre de la farmacia:	Dirección de la farmacia:	
Número de receta:	Fecha de surtido: ____/____/____	Cantidad:
Nombre y concentración del medicamento recetado:	Días de suministro (30, 60, 90):	Número de Código Nacional del Medicamento (NDC): ____-____-____
Nombre del médico:	Precio/Monto pagado:	Comentarios
Nombre de la farmacia:	Dirección de la farmacia:	
Número de receta:	Fecha de surtido: ____/____/____	Cantidad:
Nombre y concentración del medicamento recetado:	Días de suministro (30, 60, 90):	Número de NDC: ____-____-____
Nombre del médico:	Precio:	Comentarios:

¡Importante! Se requiere una firma.

Firme y feche aquí: Certifico que la información que antecede es correcta y que las recetas antes enumeradas son para mí o para los miembros elegibles de mi familia que han recibido los medicamentos que antes se describen, y autorizo la divulgación de toda la información que se encuentra en este formulario de reclamo a Pharmacy Services y al patrocinador de mi plan.

Firma: _____ Fecha de la firma: _____