



Formulario de reembolso de reclamaciones de medicamentos recetados

Si desea solicitar el reembolso de una reclamación, complete este formulario y envíelo a la siguiente dirección: **Centene Pharmacy Services**, 7625 N Palm Ave, Suite 107 Fresno, CA. 93711. También puede enviarlo por fax al (844) 678-5767 o por correo electrónico a claimsprocessing@centene.com. **Los formularios incompletos retrasarán el procesamiento.** Puede comunicarse con un representante del Servicio al cliente de Centene Pharmacy Services llamando al **855-580-1688**.

Importante

- Nuestro objetivo es procesar las reclamaciones en un plazo de 30 días.
- Guarde una copia de todos los documentos presentados para sus registros.
- No se garantizan los reembolsos. Las reclamaciones están sujetas a las limitaciones, exclusiones y disposiciones del plan.
- Las reclamaciones de reembolso deben presentarse en el plazo de un año después de la compra.

Datos que debe completar el asegurado. Escriba en LETRA DE IMPRENTA clara.

1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO	
Nombre del miembro:	Fecha de nacimiento:
Dirección (calle/ciudad/estado):	N.º de teléfono:

2. INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS	
N.º de ID del miembro asegurado:	N.º de grupo:
Empleador:	

3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE
Vínculo con el asegurado: <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Dependiente <input type="radio"/> Otro
Coordinación de beneficios (COB): ¿Está cubierto el medicamento en virtud de otro seguro de grupo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <i>* Si la otra cobertura es la principal, adjunte la Explicación de beneficios (EOB) a este formulario.</i>
Explicación de la solicitud:

(Continúa al dorso)



4. INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS

Se debe adjuntar una etiqueta de medicamento recetado por cada medicamento.
Adjunte también una copia del recibo de la farmacia a 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):
--	----------------------------------

N.º de NDC:	No sustituir (DAW):	Precio:
-------------	---------------------	---------

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):
--	----------------------------------

N.º de NDC:	No sustituir (DAW):	Precio:
-------------	---------------------	---------

Comentarios:

IMPORTANTE La firma es obligatoria.

Firme y coloque aquí la fecha: Certifico que la información que precede es correcta, y que los medicamentos recetados mencionados son para mí o para mis familiares elegibles y que los hemos recibido; asimismo, autorizo que se divulgue toda la información que consta en este documento a Centene Pharmacy Services y al patrocinador del plan.

Firma: _____ Fecha de la firma: _____