

# Reclamo de recetas médicas de Medicaid Formulario de reembolso

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 Pharmacy al (800) 460-8988.

## ¡Importante!

- Tratamos de 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.

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

I. INFORMACIÓN DEL PLAN DE RECETAS MÉDICAS Y DEL AFILIADO	
Nombre del afiliado:	N.º de identificación del afiliado:
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 MÉDICAS

**Esta sección debe completarla usted o el farmacéutico que despacha los medicamentos. Debe añadirse una etiqueta del medicamento con receta médica a cada receta médica. Además, incluya una copia del recibo de la farmacia junto con este formulario.**

Nombre de la farmacia:	Dirección de la farmacia:	
Cantidad de recetas:	Fecha de surtido: __ / __ / ____	Cantidad:
Nombre y concentración del medicamento con receta médica:	Días de suministro (30, 60, 90):	Número de Código Nacional del Medicamento (por sus siglas en inglés, NDC): _____-_____-____
Nombre del médico:	Precio/Monto pagado:	Comentarios:
Nombre de la farmacia:	Dirección de la farmacia:	
Cantidad de recetas:	Fecha de surtido: __ / __ / ____	Cantidad:
Nombre y concentración del medicamento con receta médica:	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 afiliados elegibles de mi familia que hemos recibido los medicamentos que antes se describen, y autorizo la divulgación de toda la información que se encuentra en este formulario de reclamos a Pharmacy Services y a mi patrocinador del plan.**

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