

## Reclamo de recetas médicas de Medicaid

Para el reembolso del reclamo, rellene este formulario y envíelo por correo a:

Pharmacy Services  
 Member Reimbursements  
 P.O. Box 989000  
 West Sacramento, CA 95798

**Los formularios incompletos retrasarán el procesamiento.**

Si tiene preguntas o necesita ayuda para rellenar este formulario, comuníquese con nuestro equipo de Servicio de Atención al Cliente de Farmacias llamando al (800) 460-8988.

**¡Importante!**

- El procesamiento de los reclamos puede demorar hasta 30 días.
- Guarde una copia de todos los documentos enviados como constancia.
- No se garantiza el reembolso; los reclamos están sujetos a las limitaciones, exclusiones y disposiciones del plan.

**Sección que debe rellenar el asegurado. Escriba en LETRA DE IMPRENTA con claridad.**

<b>I. INFORMACIÓN SOBRE EL AFILIADO Y EL PLAN DE RECETAS MÉDICAS</b>	
Nombre del afiliado:	N.º de id. del afiliado:
Dirección:	Teléfono:
Ciudad, estado y código postal:	N.º de grupo:
Fecha de nacimiento: ___/___/_____	Nombre del plan:
Coordinación de beneficios (COB) ¿El medicamento tiene cobertura de otro seguro grupal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Explicación de la solicitud.	

## II. INFORMACIÓN SOBRE LAS RECETAS MÉDICAS

Brinde información sobre cada receta médica.

### Receta médica 1

Nombre de la farmacia:	Dirección de la farmacia:	
Número de receta médica:	Fecha de la dispensación: ____/____/____	Cantidad:
Nombre y concentración del medicamento con receta médica:	Días de suministro (30, 60 o 90):	N.º de NDC: -
Nombre del médico:	Precio/monto pagado:	Comentarios:

### Receta médica 2

Nombre de la farmacia:	Dirección de la farmacia:	
Número de receta médica:	Fecha de dispensación: ____/____/____	Cantidad:
Nombre y concentración del medicamento con receta médica:	Días de suministro (30, 60 o 90):	N.º de NDC:
Nombre del médico:	Precio/monto pagado:	Comentarios:

### Receta médica 3

Nombre de la farmacia:	Dirección de la farmacia:	
Número de receta médica:	Fecha de dispensación: ____/____/____	Cantidad:
Nombre y concentración del medicamento con receta médica:	Días de suministro (30, 60 o 90):	N.º de NDC: _____-_____-_____ _____
Nombre del médico:	Precio/monto pagado:	Comentarios:

### III. RECIBOS

Junto con el formulario completado, debe incluir una copia del recibo de la farmacia.

**¡Importante! La firma es obligatoria.**

Firme y coloque la fecha aquí: Certifico que la información anterior es correcta y que las recetas médicas mencionadas son para mí o para afiliados elegibles de mi familia que han recibido el medicamento arriba descrito. Asimismo, autorizo la divulgación de toda la información que figura en este formulario de reclamo al Departamento de Servicios Farmacéuticos y al patrocinador de mi plan.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_