

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:	
<small>selección clara</small> Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento : __ / __ / ____	Nombre del plan:
Relación con el asegurado: <small>selección clara</small> <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 <small>selección clara</small> *Si hubiera otra cobertura Primaria, adjunte la Explicación de Beneficios (EOB) a este formulario.		
Explicación de qué se solicita.		

(Continúa en la contraportada)

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:** _____

