



Formulario de reclamación de reembolso de medicamentos recetados 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 Servicios al Cliente del área de farmacia 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 MEDICAMENTOS RECETADOS Y DEL MIEMBRO		
Nombre del miembro:		N.º de identificación de 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 LOS MEDICAMENTOS RECETADOS

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

Nombre de la farmacia:	Dirección de la farmacia:	
Cantidad de medicamentos recetados:	Fecha de surtido: ____/____/____	Cantidad:
Nombre y concentración del medicamento recetado:	Días de suministro (30, 60, 90):	Código nacional de medicamentos (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 recetado:	Días de suministro (30, 60, 90):	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 los medicamentos recetados antes enumerados son para mí o para los miembros 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 servicios de farmacia y a mi patrocinador del plan.

Firma: _____ **Fecha de la firma:** _____