

PASO 2 Requisitos de envío:

Usted DEBE incluir todos los recibos originales de la “farmacia” para que su reclamación sea procesada. Los “recibos de caja” sólo se aceptarán para suministros para la diabetes. La información mínima que debe estar incluida en sus recibos está a continuación:

- Nombre del paciente • Número de receta • Número NDC de 11 dígitos del medicamento • Fecha de despacho • Cantidad de medicamento • Total pagado
- Suministro de días para su medicamento (pídale al farmacéutico la información del “suministro de días”)

Nombre de la farmacia y dirección, o número NABP de la farmacia: _____

Nombre del médico que emitió la receta: _____

Dirección del médico que emitió la receta: _____

Teléfono del médico que emitió la receta: _____

Número de recetas de compuestos que presenta para el reembolso: _____

Medicamento 1	Número de receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/YY) <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad de medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Medicamento 2	Número de receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/YY) <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad de medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Medicamento 3	Número de receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/YY) <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (monto en \$) <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad de medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Use la página de información adicional sobre las recetas de ser necesario (más de 3 recetas).

PASO 3 Proporcione comentarios o información adicional aquí:

Recuerde que el completar este formulario no es una garantía de que recibirá un reembolso.

RECORDATORIO IMPORTANTE: Para evitar tener que presentar un formulario de reclamación en papel:

- Tenga su tarjeta de medicamentos recetados disponible al momento de la compra
- Use medicamentos de su lista del formulario.
- Siempre use farmacias dentro de su red.
- Si hay problemas en la farmacia, llame al número al dorso de su tarjeta.