

USE ESTE FORMULARIO PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE DINERO QUE SU FARMACIA NO PROCESÓ BAJO SU SEGURO

Nombre del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_ Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Es este un reclamo de coordinación de beneficios? ☐ Sí ☐ No

**Para uso interno solamente: Episodio #:**

**Incluya un recibo de farmacia por cada medicina para evitar rechazo o demora en el proceso de su caso.  
Un recibo de caja por sí solo no se puede usar para procesar su solicitud de reembolso.**

**Tiene que llenar toda la información en los cuadros de abajo para evitar rechazo o demora de su reclamación.**

| Medicamento #1                                        |  | Medicamento #2                                        |  |
|-------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|
| NABP de la farmacia:<br>(Obténgalo de la farmacia)    |  | NABP de la farmacia:<br>(Obténgalo de la farmacia)    |  |
| Fecha de despacho:                                    |  | Fecha de despacho:                                    |  |
| Receta #:                                             |  | Receta #:                                             |  |
| Código nacional del medicamento<br>(NDC) (11 Dígitos) |  | Código nacional del medicamento<br>(NDC) (11 Dígitos) |  |
| Nombre del medicamento                                |  | Nombre del medicamento:                               |  |
| Potencia del medicamento:                             |  | Potencia del medicamento:                             |  |
| Nombre del médico:                                    |  | Nombre del médico:                                    |  |
| NPI del médico:<br>(Obténgalo del médico)             |  | NPI del médico:<br>(Obténgalo del médico)             |  |
| Cantidad/días de provisión:                           |  | Cantidad/días de provisión:                           |  |
| El paciente pagó:                                     |  | El paciente pagó:                                     |  |

Explique brevemente por qué pago de su bolsillo por su(s) medicamento(s). (Adjunte una hoja separada si necesita espacio adicional)

Este formulario puede ser enviado por fax al 866-646-1403 O enviado por correo a:

MedImpact – DMR  
10181 Scripps Gateway Ct  
San Diego, CA 92131

Tiene que llenar toda la información en los cuadros de abajo para evitar rechazo o demora de su reclamación.

| Medicamento adicional                                 |  | Medicamento adicional                                 |  |
|-------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|
| NABP de la farmacia:<br>(Obténgalo de la farmacia)    |  | NABP de la farmacia:<br>(Obténgalo de la farmacia)    |  |
| Fecha de despacho:                                    |  | Fecha de despacho:                                    |  |
| Receta #:                                             |  | Receta #:                                             |  |
| Código nacional del medicamento<br>(NDC) (11 Dígitos) |  | Código nacional del medicamento<br>(NDC) (11 Dígitos) |  |
| Nombre del medicamento                                |  | Nombre del medicamento:                               |  |
| Potencia del medicamento:                             |  | Potencia del medicamento:                             |  |
| Nombre del médico:                                    |  | Nombre del médico:                                    |  |
| NPI del médico:<br>(Obténgalo del médico)             |  | NPI del médico:<br>(Obténgalo del médico)             |  |
| Cantidad/días de provisión:                           |  | Cantidad/días de provisión:                           |  |
| El paciente pagó:                                     |  | El paciente pagó:                                     |  |
| Medicamento adicional                                 |  | Medicamento adicional                                 |  |
| NABP de la farmacia:<br>(Obténgalo de la farmacia)    |  | NABP de la farmacia:<br>(Obténgalo de la farmacia)    |  |
| Fecha de despacho:                                    |  | Fecha de despacho:                                    |  |
| Receta #:                                             |  | Receta #:                                             |  |
| Código nacional del medicamento<br>(NDC) (11 Dígitos) |  | Código nacional del medicamento<br>(NDC) (11 Dígitos) |  |
| Nombre del medicamento                                |  | Nombre del medicamento:                               |  |
| Potencia del medicamento:                             |  | Potencia del medicamento:                             |  |
| Nombre del médico:                                    |  | Nombre del médico:                                    |  |
| NPI del médico:<br>(Obténgalo del médico)             |  | NPI del médico:<br>(Obténgalo del médico)             |  |
| Cantidad/días de provisión:                           |  | Cantidad/días de provisión:                           |  |
| El paciente pagó:                                     |  | El paciente pagó:                                     |  |

Para medicamentos adicionales, adjunte hoja separada.

## INSTRUCCIONES

### A. CUÁNDO USAR ESTE FORMULARIO

1. Este formulario es para ser usado solamente cuando ha sido necesario comprar medicamentos con dinero de su propio bolsillo porque la farmacia participante no aceptó su tarjeta de identificación o no pudo remitir su reclamación directamente. También debe usarse cuando fue necesario hacer despachar su receta en una farmacia no participante.
2. Remita este formulario a la dirección que aparece abajo tan pronto como su receta haya sido despachada para recibir pago oportuno. NO necesita esperar para remitir este formulario hasta tenerlo completamente lleno.

### B. CÓMO COMPLETAR ESTE FORMULARIO

1. Complete la parte superior de este formulario (**Información del titular de la tarjeta**). Copie el número de identificación del titular de la tarjeta, el número de miembro (si es del caso) y el número de grupo de su tarjeta de identificación.
2. Se necesita completar un formulario separado por cada **paciente**.
3. Pídale al farmacéutico que complete las secciones **INFORMACIÓN DE RECETA** e **INFORMACIÓN DE FARMACIA** por cada receta despachada. Si no puede hacer que el farmacéutico complete la información, la mayor parte de la información necesaria para estas secciones la puede copiar de la etiqueta del medicamento o del recibo.
4. **IMPORTANTE:** Se requiere la cantidad, nombre y potencia del medicamento **o** el Código Nacional del Medicamento (NDC) de once dígitos y **tiene** que aparecer en el formulario o en el/los recibo(s).
5. **Los recibos de pago originales de la farmacia tienen que acompañar a este formulario. Un recibo de caja no es satisfactorio como prueba de compra.**
6. **PARA MEDICAMENTOS COMPUESTOS SOLAMENTE:** Pídale ayuda al farmacéutico. El código NDC que aparezca en el formulario debe ser el de el ingrediente más caro del medicamento. Si tiene más de un medicamento compuesto, use formularios separados.
7. La falta de información requerida puede causar demora en el proceso y que el formulario sea devuelto por incompleto.

### C. A DÓNDE ENVIAR POR CORREO ESTE FORMULARIO

1. Envíe por correo este formulario y los recibos de pago de farmacia al Administrador de Beneficios de su empresa o a:  

MedImpact – DMR  
10181 Scripps Gateway Ct  
San Diego, CA 92131
2. O puede enviar por fax este formulario y sus recibos al 866-646-1403 Attn: DMR Department.
3. Espere hasta cuatro semanas para procesar y pagar su reclamación. Para reclamos de Parte D, espere hasta 14 días para procesar y pagar su reclamación.
4. Puede llamar al 1-800-361-4542 entre 8:00 AM y 9:00 PM (Hora del Este) para preguntas o problemas relacionados con su reclamación.

**RECLAMACIONES CON INFORMACIÓN FALTANTE O ILEGIBLE SERÁN DEVUELTAS**