

## Formulario para reembolso de reclamación por recetas

Para reembolso de reclamaciones, complete y envíe este formulario a Centene Pharmacy Services, 7625 N Palm Ave, Suite 107 Fresno, CA. 93711. Los formularios también se pueden enviar por fax a (844) 678-5767. **Los formularios incompletos demorarán el proceso.** Puede llamar a servicio al cliente de Pharmacy Services customer al (800) 413-7721.

### ¡Importante!

- Es nuestra intención procesar las reclamaciones en un plazo de 30 días
- Guarde una copia de todos los documentos que presente para su referencia
- No se garantiza el reembolso: las reclamaciones están sujetas a límites, exclusiones y disposiciones del Plan

**Para que lo complete el asegurado. Por favor escriba claramente EN LETRA DE IMPRENTA.**

I. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO		II. INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS	
Nombre del miembro:		Núm. de identificación del asegurado:	
Dirección:		Núm. de grupo:	
Fecha de nacimiento: / /	Teléfono:	Empleador:	
III. INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Relación con el asegurado: Él mismo      Cónyuge      Dependiente      Otra:			
Coordinación de beneficios (COB) ¿Está cubierto el medicamento bajo cualquier otro seguro grupal?    Sí    No *Si otra cobertura es Primaria, incluya la Explicación de beneficios (EOB) con este formulario.			
Explicación para la solicitud.			

(Continúa al reverso)

<b>IV. INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA</b>			
<b>Esta sección la debe completar usted o el farmacéutico que surte la receta. Para cada receta se debe adjuntar una etiqueta de receta. Además, incluya con este formulario una copia de su recibo de farmacia.</b>			
Nombre de la farmacia:		Dirección de la farmacia:	
Número de prescripción:		Fecha de surtido: / /	Cantidad:
Nombre y concentración del medicamento:		Días de suministro (30, 60, 90):	
Núm. NDC #:	DAW:	Precio:	Comentarios:
Nombre de la farmacia:		Dirección de la farmacia:	
Número de prescripción:		Fecha de surtido: / /	Cantidad:
Nombre y concentración del medicamento:		Días de suministro (30, 60, 90):	
Núm. NDC #:	DAW:	Precio:	Comentarios:

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

**Firme y feche aquí: Certifico que la información anterior es correcta y los medicamentos recetados que se indican arriba son para mí o miembros elegibles de mi familia quienes han recibido el medicamento que se describe arriba, y autorizo la divulgación de toda la información contenida en este formulario de reclamación a Centene Pharmacy Services y mi patrocinador del plan.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_