



# SERVICIOS DE FARMACIA FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE MEDICAMENTOS DE RECETA

## INSTRUCCIONES – IMPRIMA TODAS LAS SECCIONES

1. Se debe usar este formulario para procurar el reembolso de EmblemHealth de los costos de los medicamentos de receta que usted haya pagado por encima de los importes de costo compartido descritos bajo los beneficios de medicamentos de receta de su plan.
2. Por favor llene todas las secciones. Necesitamos toda la información solicitada para procesar sus reclamaciones.
3. Pida a su farmacéutico que llene las secciones C, D1, D2 y D3. Deben acompañarse recibos.
4. Use un formulario separado para cada participante/paciente. Además, use un formulario separado para cada farmacia que sirve al paciente.
5. Este formulario debe ser enviado a nosotros por correo o fax:

**Para EmblemHealth Medicare HMO y PPO**

**Atención: Pharmacy Services**

**Dirección:** PO Box 1520 JAF Station

New York, NY 10116-1520

**Número de Fax:** (646) 583-9686

6. Si usted tiene beneficios de medicamentos de venta libre (que incluyen cobertura para analgésicos, inhibidores de bomba de protones, medicinas para la tos/resfriado o antiácidos) por favor adjunte sus recibos desglosados y envíelos. Usted no tiene que llenar la Sección C.

Si tiene preguntas, llámenos al **877-444-7097 (TTY:711)**, siete días a semana de 8 a.m. a 8 p.m.

Un representante con gusto le ayudará.

A. INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE		PARA USO DE LA OFICINA	
ID #		Reclamación #	
Nombre del participante (Apellido) (Nombre) (Inicial)			
Dirección			
Ciudad		Estado	C.P.
FIRMA DEL PARTICIPANTE			

## B. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (Apellido) (Nombre) (Inicial)			
---	--	--	--

Fecha de nacimiento ____/____/____	Masculino Femenino	# ID del Paciente	Relación del paciente con el asegurado: Sí mismo Cónyuge Dependiente
---------------------------------------	--------------------	-------------------	---

Certifico que toda la información del Participante y el Paciente es correcta y que el medicamento ha sido despachado. Autorizo la divulgación de cualquier información relativa a esta reclamación a EmblemHealth y a todos los terceros que sean necesarios para los fines de investigación y pago de reclamaciones, revisión de la utilización y auditoría.

FIRMA DEL PACIENTE:
---------------------

<b>C. INFORMACIÓN DE LA FARMACIA</b>		NABP #		Teléfono #		Nombre de la Farmacia	
Dirección de la Farmacia							
Ciudad				Estado		C.P.	
FIRMA DEL FARMACÉUTICO:							
<b>D1 INFORMACIÓN DE RECETA</b>			Nombre del Medicamento			Rx #	
Fecha despachada			Nombre del Medicamento			Rx #	
NDC #	Nueva	Renovación	Cantidad despachada	Potencia	Días de suministro	Costo de la receta \$ _____.	
Nombre del recetador					# Licencia estatal del recetador		
<b>D2 INFORMACIÓN DE RECETA</b>			Nombre del Medicamento			Rx #	
Fecha despachada			Nombre del Medicamento			Rx #	
NDC #	Nueva	Renovación	Cantidad despachada	Potencia	Días de suministro	Costo de la receta \$ _____.	
Nombre del recetador					# Licencia estatal del recetador		
<b>D3 INFORMACIÓN DE RECETA</b>			Nombre del Medicamento			Rx #	
Fecha despachada			Nombre del Medicamento			Rx #	
NDC #	Nueva	Renovación	Cantidad despachada	Potencia	Días de suministro	Costo de la receta \$ _____.	
Nombre del recetador					# Licencia estatal del recetador		

La farmacopea y red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento.  
Usted recibirá notificación cuando sea necesario.