**Formulario de Reembolso para Reclamaciones de Farmacia**

Usted puede recibir este documento en otro idioma, impreso en letra más grande o de cualquier otra manera que sea mejor para usted. Llame al número gratuito
(800) 431-4135. Los usuarios del servicio TTY pueden llamar al (800) 735-2900*.*

*You can get this letter in another language, large print, or another way that’s best for you. Call (800) 431-4135 TTY (800) 735-2900.*

Por favor adjunte un comprobante de pago a este formulario después de llenarlo. *No incluya los recibos originales.*

|  |  |
| --- | --- |
| **A. Información del Miembro** | **Fecha de Hoy:** |
| Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial 2º Nombre): | Número de ID del Miembro: | Fecha de Nacimiento: / / |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Por favor explique por qué no utilizó su tarjeta de miembro para pagar sus medicinas: |
|  |
| **B. Información de la Farmacia** |
| Nombre de la Farmacia:  |
| Dirección: |
| Teléfono: | Número NPI/NAPB: |
| **C. Información sobre Reclamación(es)** |
| **1.** ¿Es un medicamento de prescripción (Rx) preparado en la farmacia? □ Sí □ No  | Fecha cuando se surtió la receta:  | Número de Rx: | Cantidad: | ¿Suministro para cuántos días?: |
| Código Nacional de Medicamentos (NDC): | Nombre del Medicamento:  | Potencia/Dosis: | Costo total: |
| Nombre de la Persona que Prescribe: | Número NPI: | Número de Teléfono: |
| **2.** ¿Es un medicamento de prescripción (Rx) preparado en la farmacia? □ Sí □ No  | Fecha cuando se surtió la receta:  | Número de Rx: | Cantidad: | ¿Suministro para cuántos días?: |
| Código Nacional de Medicamentos (NDC): | Nombre del Medicamento  | Potencia/Dosis: | Costo total: |
| Nombre de la Persona que Prescribe: | Número NPI: | Número de Teléfono: |
| **3.** ¿Es un medicamento de prescripción (Rx) preparado en la farmacia? □ Sí □ No   | Fecha cuando se surtió la receta:  | Número de Rx: | Cantidad: | ¿Suministro para cuántos días?: |
| Código Nacional de Medicamentos (NDC): | Nombre del Medicamento:  | Potencia/Dosis: | Costo total: |
| Nombre de la Persona que Prescribe: | Número NPI: | Número de Teléfono: |
| **Medicamentos Preparados en la Farmacia:****Incluso si usted tiene recibos detallados, es necesario llenar la siguiente sección** si los medicamentos descritos en esta solicitud de reembolso son medicamentos preparados en la farmacia.  |
| Número NDC | Ingrediente | Cantidad | Costo |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Cuota por la Preparación del Medicamento |  |  |  |
|  |

Certifico que la información proporcionada en este formulario de reclamación es correcta hasta donde tengo conocimiento.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor llene el formulario y envíelo por correo junto con el comprobante de pago a la siguiente dirección:**

PacificSource Community Solutions

Attn: Pharmacy Services

PO Box 5729

Bend, Oregon 97708-5729

El reembolso de las reclamaciones presentadas está sujeto a su beneficio de medicamentos de prescripción. En caso de que se autorice el reembolso, dicho reembolso solamente será por la cantidad que hubiera pagado su beneficio de medicamentos de prescripción. El monto de su reembolso pudiera ser menor al monto originalmente pagado por usted.