

Información adicional sobre el medicamento

Instrucciones:

1. Este formulario debe presentarse con un Formulario de reclamación de medicamentos recetados completado para el reembolso al afiliado.
2. Complete todos los espacios a continuación para CADA medicamento adicional solicitado. Si falta información, no podremos procesar su solicitud. Su farmacia puede proporcionarle información que le falte.
3. Incluya todos los recibos de la farmacia Y el comprobante de pago. Pegue los recibos con cinta adhesiva en una página separada y envíelos junto con el formulario de reclamación. Si el medicamento se suministró en la sala de emergencias o en el consultorio médico, incluya una declaración detallada.

Tenga en cuenta: Los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos no son pagaderos conforme a los planes de Medicare.

| | | | |
|--|--------------------------------|---|----------------------------|
| <u>¿Es un medicamento compuesto?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <i>Si responde que sí, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible</i> | | | |
| <u>¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí | | | |
| <u>¿Es una vacuna?</u> <i>Si responde que sí:</i> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Costo de la vacuna: \$ _____ Cargo de administración: \$ _____ | | | |
| <u>Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés)</u> | <u>Nombre del medicamento:</u> | <u>Costo total:</u> \$ _____ | |
| <u>Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):</u> | <u>Número de la receta:</u> | <u>Cantidad:</u> | <u>Días de suministro:</u> |
| <u>Forma de dosificación</u> | <u>Concentración:</u> | <u>Despachar como código escrito (si aplica):</u> | |

| | | | |
|--|--------------------------------|---|----------------------------|
| <u>¿Es un medicamento compuesto?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <i>Si responde que sí, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible</i> | | | |
| <u>¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí | | | |
| <u>¿Es una vacuna?</u> <i>Si responde que sí:</i> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Costo de la vacuna: \$ _____ Cargo de administración: \$ _____ | | | |
| <u>Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés)</u> | <u>Nombre del medicamento:</u> | <u>Costo total:</u> \$ _____ | |
| <u>Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):</u> | <u>Número de la receta:</u> | <u>Cantidad:</u> | <u>Días de suministro:</u> |
| <u>Forma de dosificación</u> | <u>Concentración:</u> | <u>Despachar como código escrito (si aplica):</u> | |

| | | | |
|--|--------------------------------|---|----------------------------|
| <u>¿Es un medicamento compuesto?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <i>Si responde que sí, adjunte el formulario del compuesto de la farmacia si está disponible</i> | | | |
| <u>¿Esta receta se surtió fuera de los EE. UU.?</u> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí | | | |
| <u>¿Es una vacuna?</u> <i>Si responde que sí:</i> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Costo de la vacuna: \$ _____ Cargo de administración: \$ _____ | | | |
| <u>Código farmacológico nacional (NDC, por sus siglas en inglés)</u> | <u>Nombre del medicamento:</u> | <u>Costo total:</u> \$ _____ | |
| <u>Fecha de surtido (mm/dd/aaaa):</u> | <u>Número de la receta:</u> | <u>Cantidad:</u> | <u>Días de suministro:</u> |
| <u>Forma de dosificación</u> | <u>Concentración:</u> | <u>Despachar como código escrito (si aplica):</u> | |