

## Formulario de reembolso de reclamaciones de medicamentos recetados

Si desea solicitar el reembolso de una reclamación, complete este formulario y envíelo a la siguiente dirección: Centene Pharmacy Services, 7625 N Palm Ave, Suite 107 Fresno, CA. 93711. También puede enviarlo por fax al (844) 678-5767 o por correo electrónico a [claimsprocessing@centene.com](mailto:claimsprocessing@centene.com). **Los formularios incompletos retrasarán el procesamiento.** Puede comunicarse con un representante del Servicio al cliente de Centene Pharmacy Services llamando al **877-236-0904**.

### IMPORTANTE

- Nuestro objetivo es procesar las reclamaciones en un plazo de 30 días.
- Guarde una copia de todos los documentos presentados para sus registros.
- No se garantizan los reembolsos. Las reclamaciones están sujetas a las limitaciones, exclusiones y disposiciones del plan.
- Las reclamaciones de reembolso deben presentarse en el plazo de un año después de la compra.

**Datos que debe completar el asegurado. Escriba en LETRA DE IMPRENTA clara.**

| 1. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO       |                      |
|----------------------------------|----------------------|
| Nombre del miembro:              | Fecha de nacimiento: |
| Dirección (calle/ciudad/estado): | N.º de teléfono:     |

| 2. INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS |               |
|--------------------------------------------------------|---------------|
| N.º de ID del miembro asegurado:                       | N.º de grupo: |
| Empleador:                                             |               |

| 3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Vínculo con el asegurado: <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Dependiente <input type="radio"/> Otro                                                                                                                     |  |
| Coordinación de beneficios (COB)<br>¿Está cubierto el medicamento en virtud de otro seguro de grupo? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No<br><i>* Si la otra cobertura es la principal, adjunte la Explicación de beneficios (EOB) a este formulario.</i> |  |
| Explicación de la solicitud:                                                                                                                                                                                                                                           |  |

(Continúa al dorso)

#### 4. INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS RECETADOS

Se debe adjuntar una etiqueta de medicamento recetado por cada medicamento.  
Adjunte también una copia del recibo de la farmacia a este formulario.

Nombre de la farmacia:

Dirección de la farmacia:

Número de receta:

Fecha de surtido:    /    /

Cantidad:

Nombre y concentración del  
medicamento recetado:

Días de suministro (30, 60, 90):

N.º de NDC:

No sustituir (DAW):

Precio:

Comentarios

Nombre de la farmacia:

Dirección de la farmacia:

Número de receta:

Fecha de surtido:    /    /

Cantidad:

Nombre y concentración del  
medicamento recetado:

Días de suministro (30, 60, 90):

N.º de NDC:

No sustituir (DAW):

Precio:

Comentarios:

#### **IMPORTANTE La firma es obligatoria.**

Firme y coloque aquí la fecha: Certifico que la información que precede es correcta, y que los medicamentos recetados mencionados son para mí o para mis familiares elegibles y que los hemos recibido; asimismo, autorizo que se divulgue toda la información que consta en este documento a Centene Pharmacy Services y al patrocinador del plan.

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