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.*

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

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

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

GCHLBHSP