

**FORMULARIO DE REEMBOLSO DE  
MEDICAMENTOS RECETADOS**

**PARA EL REEMBOLSO DEL AFILIADO**

P.O. Box 14310 Lexington, KY 40512-4310

**Parte 1: Instrucciones de información del afiliado**

1. Complete toda la información de la Parte 1. Cualquier información que falte o esté incompleta puede ocasionar una demora o el rechazo de su solicitud.
2. Si tiene preguntas o inquietudes, puede llamar al Servicio al cliente al 1-800-783-1307, o para TTY, llame al 711.

**PARTE 1: Información del afiliado**

<input type="text"/>										<input type="text"/>																			
Apellido del afiliado										Nombre					Nombre					Inicial segundo nombre									
<input type="text"/>										<input type="text"/>					<input type="text"/>					<input type="text"/>									
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)										Sexo																			
<input type="text"/>		/		<input type="text"/>		/		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>		Hombre			<input type="checkbox"/>		Mujer			( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )		<input type="text"/>		-		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Dirección del afiliado																													
<input type="text"/>																													
Ciudad																				Estado					Código postal				
<input type="text"/>																				<input type="text"/>					<input type="text"/>				

Residencia del paciente:

Residencia

Hogar de ancianos

Residencia asistida

Hogar grupal

Centro de atención intermedia

Hospicio

**Advertencia:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, (1) presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información errónea o que (2) oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho esencial comete un acto de seguro fraudulento.

Afiliado Firma  Afiliado Teléfono  Fecha  /  /

**Parte 2: Instrucciones de información de medicamento y farmacia**

1. Incluya todos los recibos originales de la farmacia. Adhiera con cinta adhesiva los recibos en una hoja aparte y envíela con el formulario de reclamación.
2. Los recibos deben tener la información descrita en la Parte 2. Si falta cualquiera de los datos especificados en los recibos, pida a su farmacia que le dé una declaración firmada con la información requerida en la Parte 2.
3. Recuerde conservar una copia del formulario de reclamación completado y de los recibos para sus registros.

Envíe por correo el formulario completado y los recibos a:

**[Medicare's Limited Income NET Program]  
[P.O. Box 14310]  
[Lexington, KY 40512-4310]**

**PARTE 2: Información de medicamento y farmacia**

Tipo de servicio de la farmacia:

Minorista  Compuesto  Infusión en el hogar  Institucional  Envío por correo

Atención a largo plazo  Organización de atención médica administrada  De especialidad  Otro

**Controle que el recibo incluya la siguiente información:**

Fecha de obtención de la receta

Nombre del medicamento

Número de receta

Concentración del medicamento

Forma de dosis

Cantidad

Días de suministro

Código nacional de medicamentos (NDC, National Drug Code)

Precio de la receta (impuestos incluidos)

Nombre de la farmacia

Número de NABP o Identificador nacional de proveedores (NPI)

Dirección de la farmacia

Nombre del médico

Número de NPI o DEA del médico

**Si el medicamento es un compuesto, también se requiere:**

NDC n.º 1 con costo y cantidad de ingredientes

NDC n.º 2 con costo y cantidad de ingredientes

NDC n.º 3 con costo y cantidad de ingredientes