



Formulario de Reembolso de Medicamentos por Receta de la Parte D de Medicare

Información sobre el titular de la tarjeta

Identificación del titular de la tarjeta _____ Nombre del titular de la tarjeta _____
Número telefónico _____ Fecha de Nacimiento _____
Dirección postal de la casa: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Hay algún otro seguro que cubre la(s) medicina(s)? SÍ NO

Si respondió que "sí", ¿la otra cobertura es?: PRIMARIA SECUNDARIA

Si la otra cobertura es la Primaria, adjunte a este formulario la explicación de beneficios (conocida por "EOB").

Nombre de la compañía de seguros: _____

Núm. de identificación: _____

Información sobre la farmacia

Nombre de la farmacia _____ NPI de la farmacia _____

Dirección de la farmacia _____

Teléfono _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información sobre el médico

Nombre _____ NPI del médico _____

Dirección del médico _____

Teléfono _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Recetas

TIENE QUE adjuntar todos los originales de los recibos de la farmacia para que se tramite su reclamación.

Número de recetas que envía para que se le reembolse(n): _____

Número (Rx) de la receta _____

Nombre del medicamento _____ Código Nacional del Medicamento (Número NDC) _____

Fecha en que se despachó (MES/DÍA/AÑO) _____ Total pagado (Cantidad en \$) _____

Cantidad del medicamento _____ Suministro para cuántos días _____

Número (Rx) de la receta _____

Nombre del medicamento _____ Código Nacional del Medicamento (Número NDC) _____

Fecha en que se despachó (MES/DÍA/AÑO) _____ Total pagado (Cantidad en \$) _____

Cantidad del medicamento _____ Suministro para cuántos días _____

Número (Rx) de la receta _____

Nombre del medicamento _____ Código Nacional del Medicamento (Número NDC) _____

Fecha en que se despachó (MES/DÍA/AÑO) _____ Total pagado (Cantidad en \$) _____

Cantidad del medicamento _____ Suministro para cuántos días _____

Número (Rx) de la receta _____

Nombre del medicamento _____ Código Nacional del Medicamento (Número NDC) _____

Fecha en que se despachó (MES/DÍA/AÑO) _____ Total pagado (Cantidad en \$) _____

Cantidad del medicamento _____ Suministro para cuántos días _____

Número (Rx) de la receta _____

Nombre del medicamento _____ Código Nacional del Medicamento (Número NDC) _____

Fecha en que se despachó (MES/DÍA/AÑO) _____ Total pagado (Cantidad en \$) _____

Cantidad del medicamento _____ Suministro para cuántos días _____

Para recetas compuestas solamente (si están cubiertas)				
Núm. NDC de 11 dígitos del medicamento	Nombre(s) del (de los) ingrediente(s)	Cantidad	Suministro para cuántos días	Costo del medicamento

Total pagado por el titular de la tarjeta				
Cargo por administración _____ Total pagado por el titular de la tarjeta _____				

Importante: Su reclamación se tramitará a los 14 días de haberse recibido. Si decidimos que el medicamento está cubierto y usted siguió todas las reglas para recibirlo, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo.

Envíe los formularios rellenos junto con los recibos de la(s) farmacia(s) a:

Correo

Leon Health Plans,
 Pharmacy Department
 8600 NW 41st St,
 Doral, FL 33166

Correo electrónico: pharmacy@leonhealth.com

Fax: (305) 718-2864

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Al completar este formulario, entiendo que soy responsable de mi parte del costo compartido de acuerdo con los beneficios de mi plan.