

PASO 2**Requisitos de envío:**

Usted DEBE incluir todos los recibos originales de la “farmacia” para que su reclamación sea procesada. Los recibos “de caja” sólo se aceptarán para suministros para la diabetes. La información mínima que debe estar incluida en sus recibos está a continuación:

- Nombre del paciente
- Número de receta
- Número NDC de 11 dígitos del medicamento
- Fecha de despacho
- Cantidad de medicamento
- Total pagado
- Suministro de días para su medicamento (pídale al farmacéutico la información del “suministro de días”)

Nombre de la farmacia y dirección, o número NABP de la farmacia: _____

Nombre del médico que emitió la receta: _____

Dirección del médico que emitió la receta: _____

Teléfono del médico que emitió la receta: _____

Comentarios adicionales: _____

Número de recetas que presenta para su reembolso: _____

Medicamento 1	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Nombre del medicamento	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □	Fecha de despacho (MM/DD/YY) □ □ / □ □ / □ □	Total pagado (\$ monto) □ □ □ □ □ □ . □ □ □
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Cantidad de medicamento □ □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □ □
Medicamento 2	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Nombre del medicamento	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □	Fecha de despacho (MM/DD/YY) □ □ / □ □ / □ □	Total pagado (\$ monto) □ □ □ □ □ □ . □ □ □
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Cantidad de medicamento □ □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □ □
Medicamento 3	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Nombre del medicamento	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □	Fecha de despacho (MM/DD/YY) □ □ / □ □ / □ □	Total pagado (\$ monto) □ □ □ □ □ □ . □ □ □
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Cantidad de medicamento □ □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □ □

Use la página de información adicional sobre las recetas de ser necesario (más de 3 recetas).

PASO 3**Envíe los formularios completos con los recibos a:**

Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, Arizona 85072-2066

RECORDATORIO IMPORTANTE: Para evitar tener que presentar un formulario de reclamación en papel:

- Tenga su tarjeta de medicamentos recetados disponible al momento de la compra.
- Siempre use farmacias dentro de su red.
- Use medicamentos de su lista del formulario.
- Si hay problemas en la farmacia, llame al número al dorso de su tarjeta.

Información adicional sobre el medicamento

Medicamento 4	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Nombre del medicamento	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □	Fecha de despacho (MM/DD/YY) □ □ / □ □ / □ □	Total pagado (\$) monto □ □ □ □ □ □ . □ □ □
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Cantidad de medicamento □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □
Medicamento 5	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Nombre del medicamento	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □	Fecha de despacho (MM/DD/YY) □ □ / □ □ / □ □	Total pagado (\$) monto □ □ □ □ □ □ . □ □ □
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Cantidad de medicamento □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □
Medicamento 6	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Nombre del medicamento	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □	Fecha de despacho (MM/DD/YY) □ □ / □ □ / □ □	Total pagado (\$) monto □ □ □ □ □ □ . □ □ □
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Cantidad de medicamento □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □
Medicamento 7	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Nombre del medicamento	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □	Fecha de despacho (MM/DD/YY) □ □ / □ □ / □ □	Total pagado (\$) monto □ □ □ □ □ □ . □ □ □
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Cantidad de medicamento □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □
Medicamento 8	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Nombre del medicamento	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □	Fecha de despacho (MM/DD/YY) □ □ / □ □ / □ □	Total pagado (\$) monto □ □ □ □ □ □ . □ □ □
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Cantidad de medicamento □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □
Medicamento 9	Número de receta (Rx) □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Nombre del medicamento	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) □ □ □ □ □ □ - □ □ □ □ □ □ - □ □ □	Fecha de despacho (MM/DD/YY) □ □ / □ □ / □ □	Total pagado (\$) monto □ □ □ □ □ □ . □ □ □
	Número de identificación de Proveedor Nacional del recetante □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Cantidad de medicamento □ □ □ □	Días de suministro □ □ □ □

