



Formulario de Reembolso por Medicamentos Recetados del Afiliado

SECCION DEL AFILIADO Favor de someter un formulario por cada paciente.

Nombre del Afiliado: \_\_\_\_\_

Dirección del Afiliado: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_, Puerto Rico Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino

Identificación del Paciente (Número de identificación de 9 dígitos (ID): \_\_\_\_\_

Razón de la Petición (por ejemplo, viaje, etc.): \_\_\_\_\_

SECCIÓN DE FARMACIA Información incompleta pudiera dilatar el proceso de reembolso.

Nombre de Farmacia o NABP	# Rx	Fecha de Despacho	Total Pagado	Cantidad	Suministro de Días	Nombre de Medicamento & # NDC	Médico que Prescribe	Código DAW

Firma del Afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe a:  
Medicare y Mucho Más  
Departamento de Farmacia  
PO Box 71114  
San Juan, PR 00936-8014

No olvide incluir el recibo original de la receta y el recibo de la caja registradora con esta forma.  
El reembolso es definido por la cubierta de medicamentos de su plan médico.  
Para preguntas en cuanto a esta forma, llame al 1-866-333-5470.