



## Solicitud de Reembolso de Medicamentos Recetados

### Instrucciones para completar la solicitud

Al someter esta solicitud es importante que complete toda la información y que incluya un recibo detallado de la farmacia. De no tener la información en el recibo, solicite al farmacéutico que complete y firme esa solicitud e incluya el recibo de pago. Constellation Health, LLC. le devolverá sus gastos incurridos restando el copago o coaseguro que aplique por el medicamento. Los reembolsos están sujetos a los beneficios cubiertos en su plan.

### Información del afiliado

Nombre del afiliado:	Número de contrato:	
Dirección:	Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:

### Información de la farmacia y receta

Nombre de la farmacia:	Número de teléfono:
Número de identificación de la farmacia (NPI):	

Nombre del medicamento:	Fecha del despacho	Cantidad despachada	Días de suplido	Número de Receta

### Información del médico

Nombre del médico:	Número de identificación del médico (NPI):
--------------------	--

Afirmo que la información ofrecida en esta solicitud es correcta y autorizo al administrador del beneficio de medicamentos recetados a proveer información que Constellation Health, LLC. requiera para el análisis de esta reclamación.

\_\_\_\_\_  
Firma del afiliado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Constellation Health es un plan HMO con un contrato Medicare. La afiliación en Constellation Health depende de la renovación del contrato.