



# Formulario de Reclamo para Medicamentos que Requieren Receta Médica

Este formulario de reclamo se utilizará para el reembolso de medicamentos cubiertos proporcionados por farmacias. La presentación de este formulario no garantiza el reembolso. Consulte los documentos de su plan para obtener información adicional sobre la cobertura. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, o necesita formularios adicionales, comuníquese con Health Net of California, Inc. y Health Net Life Insurance Company (Health Net) al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de afiliado o visite [www.healthnet.com](http://www.healthnet.com).

## Instrucciones

1. Complete la sección de información sobre el suscriptor/persona inscrita a continuación. Encontrará los números de identificación y de grupo del suscriptor en su tarjeta de identificación de Health Net o en la copia de su solicitud que sirve como número de identificación temporal.
2. Pídale a su farmacéutico que complete la sección que aparece en el reverso, y presente un recibo detallado de la farmacia que incluya la misma información.
3. Debe completar un formulario de reclamo separado por cada familiar. Además, necesita un formulario separado por cada farmacia que utilice.
4. Debe llenar el formulario de forma completa; de lo contrario, lo recibirá nuevamente para que lo complete. Espere cuatro semanas para que se procesen los formularios de reclamo completados.
5. Envíe el formulario completado a:  
Health Net of California  
C/O Caremark  
PO Box 52136  
Phoenix, AZ 85072-2136

## Suscriptor/persona inscrita

N.º de identificación del suscriptor/ persona inscrita:		N.º de grupo:		N.º de teléfono de contacto:	
Apellido del suscriptor/persona inscrita:			Nombre:		Inicial del segundo nombre:
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Nombre del paciente:		Las recetas se brindaron para (diagnóstico):		Sexo del paciente:	Fecha de nacimiento:

¿Este medicamento se recetó para una lesión sufrida en el lugar de trabajo?  Sí  No

¿Algún otro plan de seguro grupal cubre este medicamento?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", proporcione el nombre de la compañía de seguros y del otro empleador: \_\_\_\_\_

Health Net PPO, Flex Net y Medicare Supplement están completamente asegurados por Health Net Life Insurance Company.

Certifico que la información anterior es correcta y que la persona mencionada anteriormente es elegible para los beneficios. He recibido el medicamento que se describe en este documento y autorizo la divulgación de toda la información que se encuentra en este comprobante a Health Net o a su agente.

Reconozco que los beneficios que se pagarán conforme al presente documento para los medicamentos que requieren receta médica no se pueden asignar y que toda asignación o intento de asignación de estos será nula. Además, reconozco que no ha habido ninguna asignación de los beneficios establecidos en el presente documento.

Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en la prisión estatal.

X \_\_\_\_\_  
Firma (persona asegurada) \_\_\_\_\_  
Fecha

(continúa)

*Pídale a su farmacéutico que complete la parte restante. No podremos procesar este formulario sin dicha información.*

Cantidad de recetas: 1.	Fecha de surtido:	Marque una opción: <input type="checkbox"/> NUEVA <input type="checkbox"/> Repetición de la receta <input type="checkbox"/> Compuesto	Cantidad:	Instrucciones de la receta:	Días de suministro:	Precio de la receta incluido el impuesto:
Nombre y concentración del medicamento:				Número DEA del médico:	Número del NDC requerido:	
Cantidad de recetas: 2.	Fecha de surtido:	Marque una opción: <input type="checkbox"/> NUEVA <input type="checkbox"/> Repetición de la receta <input type="checkbox"/> Compuesto	Cantidad:	Instrucciones de la receta:	Días de suministro:	Precio de la receta incluido el impuesto:
Nombre y concentración del medicamento:				Número DEA del médico:	Número del NDC requerido:	
Cantidad de recetas: 3.	Fecha de surtido:	Marque una opción: <input type="checkbox"/> NUEVA <input type="checkbox"/> Repetición de la receta <input type="checkbox"/> Compuesto	Cantidad:	Instrucciones de la receta:	Días de suministro:	Precio de la receta incluido el impuesto:
Nombre y concentración del medicamento:				Número DEA del médico:	Número del NDC requerido:	

*Si es un medicamento compuesto, complete la información a continuación.*

Coloque la etiqueta de la farmacia aquí. \_\_\_\_\_

Número de 7 dígitos de la NABP requerido \_\_\_\_\_  
(Obtenga este número en su farmacia).

Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_

¿Es una farmacia participante de Health Net?  Sí  No

Dirección \_\_\_\_\_

Firma del farmacéutico X \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Nota:** Los beneficios son pagaderos directamente a la persona cubierta, y cualquier asignación de estos beneficios es nula.

*Información del medicamento compuesto que requiere receta médica*

- Incluya la cantidad de recetas, los nombres de los medicamentos, su concentración y la fecha de surtido.
- Incluya todos los números del NDC de los medicamentos despachados.
- Indique la "cantidad métrica" expresada en cantidad de tabletas, gramos o mililitros para líquidos, cremas, ungüentos e inyectables.

*Medicamentos compuestos que requieren receta médica*

Cantidad de recetas	Número del NDC	Ingrediente del medicamento	Cantidad	Costo