

Instrucciones Lea este formulario detenidamente antes de llenarlo.

1. Proporcione todos los datos solicitados. Un formulario incompleto puede retrasar su reembolso.
2. Asegúrese de que los cargos de la vacuna y su administración (inyección) se escriban por separado, de lo contrario no podremos pagarle su reembolso.
3. Su farmacéutico o su médico podrá proporcionarle parte de la información necesaria, si no se le proporcionó durante la presentación de su reclamación o factura.
4. Debe adjuntar el recibo (o recibo(s)) de su vacuna a este formulario.
5. Después de llenar este formulario, el afiliado al plan debe leer la Certificación detenidamente, y luego firmar y escribir la fecha en este formulario.
6. Envíe el formulario lleno y el (los) recibo(s) a: **Medco Health Solutions, Inc., P.O. Box 14718, Lexington, KY 40512.**
7. Algunas vacunas se cubren bajo Medicare Parte B (por ejemplo: para la gripe, PNEUMOVAX). Sólo las reclamaciones de vacunas cubiertas bajo Medicare Parte D deben presentarse utilizando este formulario.

Información de la receta de la vacuna (Información requerida. Presente un formulario por vacuna.) Marque la casilla correspondiente a la vacuna que haya recibido. Si la vacuna que ha recibido no aparece en la siguiente tabla, escriba el nombre de la vacuna, el número de NDC, la cantidad, el cargo correspondiente a la vacuna y los honorarios cobrados por su administración en los espacios en blanco del último renglón de la tabla.

				No. de receta			
	Marca	No. de NDC válido de 11 dígitos	Cantidad	Días de suministro	Fecha de surtido	Cargo por vacuna	Cargo por Admin. de vacuna
<input type="checkbox"/>	ZOSTAVAX*	00006496300	1 frasco (Vial)	1			
<input type="checkbox"/>	ZOSTAVAX*	00006496341	1 frasco (Vial)	1			
<input type="checkbox"/>	ZOSTAVAX*	54868570300	1 frasco (Vial)	1			
<input type="checkbox"/>	DECAVAC	49281029183	0.5 mL	1			
<input type="checkbox"/>	TETANUS TOXOID	49281082010	0.5 mL	1			
<input type="checkbox"/>	ENGERIX-B	58160082111	1 mL	1			
<input type="checkbox"/>	ENGERIX-B	58160082146	1 mL	1			
<input type="checkbox"/>	VACUNA M-M-R II	00006468100	1 mL	1			
<input type="checkbox"/>	TWINRIX	58160081546	1 mL	1			
<input type="checkbox"/>	HAVRIX	58160082611	1 mL	1			
<input type="checkbox"/>	HAVRIX	58160082646	1 mL	1			
<input type="checkbox"/>	RECOMBIVAX HB	00006499500	1 mL	1			
<input type="checkbox"/>	VAQTA	00006484100	1 mL	1			
<input type="checkbox"/>	VACUNA VARIVAX	00006482700	1 frasco (Vial)	1			
<input type="checkbox"/>	GARDASIL†	00006404500	0.5 mL	1			
<input type="checkbox"/>							

Cualquier individuo que presente una reclamación o solicitud que contenga información materialmente falsa, falaz, incompleta o engañosa sobre dicha reclamación, intencionalmente y con el propósito de defraudar, dañar o engañar a cualquier compañía de seguros, puede estar cometiendo un acto de fraude de seguros, lo cual es un delito que puede exponer a dicho individuo a castigos penales o civiles, incluyendo multas o encarcelamiento, o la denegación de beneficios.

California: La ley de California estipula que el texto siguiente debe aparecer en este formulario, para su protección: Cualquier individuo que intencionalmente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede ser sometido a multas y encarcelamiento en una penitenciaría estatal.

Pensilvania: Cualquier individuo que, intencionalmente y con el propósito de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otro individuo, presente una solicitud o una declaración de seguros que contenga cualquier información materialmente falsa o que oculte, con la intención de engañar, información relacionada con cualquier hecho material relevante a ésta, está cometiendo un acto de fraude de seguros, lo cual es un delito y dicho individuo puede ser sometido a castigos penales y civiles.

*Zostavax se cubre únicamente para afiliados que tienen 60 años o más.

†Gardasil se cubre únicamente para afiliados del sexo femenino que tienen entre 9 y 26 años.

