

**Envíe los formularios completos por correo postal a:**

Department of Labor and Industries  
PO Box 44269  
Olympia WA 98504-4269



**Declaración por servicios farmacéuticos**

- No realizamos reembolsos por copagos de seguro privado.
- Lea las instrucciones que figuran al dorso antes de comenzar. Escriba con letra imprenta clara.
- Al presentar esta factura, usted certifica que la información de la receta es correcta.
- Debemos recibir esta declaración dentro de un plazo de 12 meses a partir de la fecha de aceptación del servicio o del reclamo.

**Reembolso al trabajador lesionado:**

Los recibos son requisito para el reembolso a trabajadores lesionados. ¿Adjuntó sus recibos?  Sí  No

**Información sobre el trabajador y la farmacia:**

		Número de Seguro Social del trabajador (solo como identificación)	Número de reclamo
Nombre de la farmacia y dirección física		Nombre del trabajador (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	
		Dirección postal del trabajador	
		Ciudad	Estado                      Código postal
Número de proveedor farmacéutico de L&I (Labor e Industrias) o Identificador de Proveedor Nacional (National Provider Identifier, NPI)	Número de Administración para el Control de Drogas (Drug Enforcement Administration, DEA)	Fecha de facturación de la farmacia	Nombre del empleador

**Información de la receta: A completar por el farmacéutico:**

Date Rx written	Prescribing provider name				Prescribing provider number
Prescription number	Date filled	Refill number	Days supply	Quantity	Dispense as written selection code (DAW 0,1, or 6)
National Drug Code	Drug name				Drug utilization review codes CNFLT:                      INTRV:                      OUTCM:
Remarks:			Prescription clarification code	Total Prescription Cost:	

Date Rx written	Prescribing provider name				Prescribing provider number
Prescription number	Date filled	Refill number	Days supply	Quantity	Dispense as written selection code (DAW 0,1, or 6)
National Drug Code	Drug name				Drug utilization review codes CNFLT:                      INTRV:                      OUTCM:
Remarks:			Prescription clarification code	Total Prescription Cost:	

Date Rx written	Prescribing provider name				Prescribing provider number
Prescription number	Date filled	Refill number	Days supply	Quantity	Dispense as written selection code (DAW 0,1, or 6)
National Drug Code	Drug name				Drug utilization review codes CNFLT:                      INTRV:                      OUTCM:
Remarks:			Prescription clarification code	Total Prescription Cost:	

**Firma del trabajador lesionado:**

Estos gastos están relacionados con mi reclamo de compensación para trabajadores y no he recibido ningún reembolso por los gastos en los que incurrí. Entiendo que es un delito presentar información falsa de manera intencional.

Nombre del trabajador lesionado (escriba con letra imprenta)

Firma del trabajador lesionado:

## Complete todas las secciones.

### Reembolso al trabajador lesionado:

¿Adjuntó sus recibos?	Marque la casilla correspondiente para adjuntar un recibo. Los recibos son requisito para el reembolso a trabajadores lesionados. Envíe copias solo de los recibos. Asegúrese de escribir su número de reclamo en cada recibo.
-----------------------	--

### Información sobre el trabajador:

Número de Seguro Social del trabajador	Número de Seguro Social del trabajador. Se utiliza para verificar el número de reclamo.
Número de reclamo	Número de reclamo al que se debe facturar la receta.
Nombre del trabajador	Nombre legal del trabajador (apellido, nombre, inicial del segundo nombre).
Dirección postal del trabajador	Dirección postal del trabajador (puede ser una casilla postal).
Nombre del empleador	Empleador del trabajador al momento de la lesión.

### Información de la farmacia:

Nombre y dirección de la farmacia	Nombre y ubicación física de la farmacia.
Número de proveedor farmacéutico de L&I o NPI	Número de proveedor farmacéutico de L&I o NPI de L&I registrado.
Número de Programas del Consejo Nacional para medicamentos recetados (National Council for Prescription Drug Programs, NCPDC)	Número de Programas del Consejo Nacional para medicamentos recetados.
Fecha de facturación de la farmacia	Fecha en la que se realizó la receta.

### Información de la receta:

Fecha de realización de receta	Fecha en la que se realizó la receta.
Nombre del proveedor que receta	Nombre del proveedor que receta.
Número del proveedor que receta	Indique uno de los siguientes números para el proveedor que receta: número de proveedor de L&I, NPI, número de licencia del estado de Washington o número de DEA.
Número de receta	Número de receta.
Fecha en la que se completó	Fecha en la que se completó la receta.
Número de reabastecimiento	Si la receta es para reabastecimiento, ingrese el número de reabastecimiento (0-99). Si es una receta original, ingrese "0".
Días de suministro	Cantidad de días de suministro. Si las indicaciones dicen "según sea necesario" o tiene un rango de dosis, calcule los días de suministro utilizando la dosis máxima por día.
Cantidad	Total de unidades de medicamento recetado. Utilice los formatos estándares de unidad de facturación del NCPDP tales como "cada uno", "ml" o "gm".
Código de selección para dispensar según prescripción	0 = no se exige un producto específico 1 = el médico que receta no permite sustitución 6 = se anula para obtener suministro de emergencia Para establecer farmacias solo cuando se entreguen suministros de emergencia de una droga no preferida que haya recetado un proveedor no autorizado.
Código nacional de medicamentos	Código nacional de identificación de medicamento. Se debe ingresar el código en formato 5-4-2. Por ejemplo, el código de NDC 0005-3250-23 se debe ingresar de la siguiente manera 00005 3250 23. El código de NDC 5041 9127 12 se debe ingresar de la siguiente manera 05041 9127 12.
Nombre del medicamento	Nombre del medicamento.
Códigos de revisión de uso de medicamentos	Ingrese los códigos adecuados de conflicto, de intervención y de resultado.
Comentarios	Información pertinente relacionada con la receta.
Código de aclaración de receta	Ingrese el valor adecuado para un reabastecimiento temprano.
Costo total de la receta	Costo total de la receta.

**Firma del trabajador lesionado:**

Firma del trabajador lesionado

Solo se requiere la firma del trabajador lesionado si el trabajador solicita un reembolso.

**¿Necesita más asistencia o más información?**

Visite [www.Lni.wa.gov](http://www.Lni.wa.gov) y haga clic en “Medical Providers” (proveedores de atención médica) o llame a la Línea de medicamentos preferidos al 888-443-6798.

¿Necesita más formularios? Visite la página [www.Lni.wa.gov](http://www.Lni.wa.gov) y haga clic en “Get a Form or Publication” (Obtener formulario o publicación).