

» Recibos de reclamos

Pegue aquí sus recibos con cinta adhesiva. **¡No los engrape!** Si tiene más recibos, péguelos con cinta adhesiva en una hoja separada.

Pegue aquí el recibo del primer medicamento con receta.

Los recibos deben contener la siguiente información:

- Fecha en que se emitió la receta
- Nombre y domicilio de la farmacia
- Nombre o número de identificación del médico
- Número del NCD (número de droga)
- Nombre y concentración de la droga
- Cantidad y días de suministro
- Número de receta
- Entregar según receta
- Monto pagado

Pegue aquí el recibo del segundo medicamento con receta.

Los recibos deben contener la siguiente información:

- Fecha en que se emitió la receta
- Nombre y domicilio de la farmacia
- Nombre o número de identificación del médico
- Número del NCD (número de droga)
- Nombre y concentración de la droga
- Cantidad y días de suministro
- Número de receta
- Entregar según receta
- Monto pagado

SOLO PARA MEDICAMENTOS COMPUESTOS CON RECETA

• Escriba los 11 dígitos VÁLIDOS del número del NCD para CADA ingrediente usado del medicamento compuesto con receta.

• Para cada número del NCD, indique la “cantidad métrica” expresada en el número de comprimidos, gramos, mililitros, cremas, pomadas, medicamentos inyectables, etc.

• Para cada número del NCD, indique el costo de los ingredientes.

• Indique el costo TOTAL (monto en dólares) pagado por el tratamiento.

• Los recibos se deben adjuntar al formulario de reclamo.

Rx n.º

Fecha en que se emitió // Fecha en que se emitió Cantidad

11 dígitos válidos del NCD de los ingredientes

<input type="text"/>										
<input type="text"/>										
<input type="text"/>										
<input type="text"/>										
<input type="text"/>										
<input type="text"/>										

Cantidad métrica

<input type="text"/>									
<input type="text"/>									
<input type="text"/>									
<input type="text"/>									
<input type="text"/>									
<input type="text"/>									

Costo de los ingredientes

<input type="text"/>									
<input type="text"/>									
<input type="text"/>									
<input type="text"/>									
<input type="text"/>									
<input type="text"/>									

Costo total

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

» Instrucciones Lea atentamente antes de completar este formulario.

1. Siempre presente su tarjeta de identificación para medicamentos recetados en la farmacia participante de venta al por menor.

2. Utilice este formulario cuando haya pagado el precio completo por un medicamento con receta en una farmacia de venta al por menor o necesite presentar reclamos según las reglas de Coordinación de beneficios:

3. **Debe completar un formulario de reclamo separado por cada farmacia utilizada y por cada paciente.**

4. Debe presentar los reclamos dentro del período de 1 año luego de la fecha de compra o según lo requiera su plan.

5. **Asegúrese de que sus recibos estén completos.**

Para que su solicitud sea procesada, todos los recibos deben contener la información mencionada al inicio de esta página. Su farmacéutico puede brindarle la información necesaria si su reclamo o factura no están detallados.

6. El miembro del plan debe leer atentamente el reconocimiento y luego firmar y fechar este formulario.

7. **Devuelva el formulario y los recibos completos a:**

Express Scripts
ATTN: Commercial Claims
P.O. Box 14711
Lexington, KY 40512-4711

8. También puede enviar **por fax su formulario de reclamo al: 608.741.5475.**

Envíe un formulario de reclamo por fax.

No combine los reclamos de miembros diferentes en el mismo envío de fax.

Instrucciones adicionales para la coordinación de los beneficios

Otro plan de salud pagado

Primero debe presentar el reclamo a la compañía primaria de seguros. Una vez que la compañía de seguros primaria reciba la declaración del plan primario, complete este formulario, pegue con cinta adhesiva los recibos originales de los medicamentos con receta en los espacios proporcionados

al inicio de esta página y adjunte la declaración del plan primario, la cual indica claramente el costo del medicamento y qué monto pagó el plan primario.

Programas de medicamentos con receta o planes HMO

Farmacias de venta al por menor

Si el plan primario establece que debe pagarse un copago o coseguro en una farmacia de venta al por menor, no necesita una explicación de beneficios (EOB). Simplemente complete este formulario y adjunte los recibos de los medicamentos con receta que muestren el monto del copago o coseguro que se pagó a la farmacia. Los recibos sirven como una EOB.

Farmacia Express Scripts

Si el plan primario es un pedido por correo, complete este formulario y adjunte los recibos de los medicamentos con receta que muestren el monto del copago o coseguro pagado a la farmacia de pedidos por correo o la declaración de beneficios que reciba de dicha farmacia.

† **California:** Para su protección, la ley de California exige que la siguiente información figure en el formulario: Toda persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida, es culpable de delito y puede estar sujeta a multas y ser recluida en prisión.

Pennsylvania: Toda persona que a sabiendas y con la intención de estafar a una compañía de seguros o a otra persona presente un reclamo de seguro o una declaración de reclamo que contenga información considerablemente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con algún hecho sustancial sobre este, cometerá un acto fraudulento de seguro, lo cual es un delito. Dicha persona estará sujeta a castigos penales o civiles.



C1001