

Formulario de reintegro de medicamentos recetados/reclamo de coordinación de beneficios

Un formulario incompleto podría retrasar el reembolso.

Lea las instrucciones al dorso y complete toda la información.



EXPRESS SCRIPTS®

» Información del titular de la tarjeta Consulte su tarjeta de identificación de medicamentos con receta.

N.º de grupo

Identificación de miembro

Nombre del miembro Apellido

Domicilio

Ciudad Estado Código postal

» Información del paciente

Nombre del paciente Apellido

Fecha de nacimiento del paciente (mes/día/año)

Sexo Relación con el miembro del plan

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> 1 Titular | <input type="checkbox"/> 5 Dependiente discapacitado |
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> 2 Cónyuge | <input type="checkbox"/> 6 Padre dependiente |
| | <input type="checkbox"/> 3 Hijo elegible | <input type="checkbox"/> 7 Pareja doméstica |
| | <input type="checkbox"/> 4 Estudiante dependiente | <input type="checkbox"/> 8 Otro |

» Información de la farmacia

Nombre de la farmacia

Domicilio

Ciudad Estado Código postal

Teléfono (incluya el código de área)

¿Esta farmacia se encuentra dentro de una clínica de cuidado? Sí No

Por la presente, certifico que los costos que se muestran para los medicamentos recetados son correctos y acepto brindarles a Express Scripts o a sus agentes acceso razonable a los registros vinculados con los medicamentos que se le proporcionan a este paciente según la ley vigente. Además, acepto que el reintegro se pagará directamente al miembro del plan y queda anulada la asignación de estos beneficios a una farmacia o a otra parte.

X NCPDP/NPI obligatorio
Firma del farmacéutico o representante (obligatorio)

» Reconocimiento

Certifico que los medicamentos descritos se recibieron para ser usados por el paciente mencionado anteriormente y que yo (o el paciente, si no fuera yo) soy elegible para recibir los beneficios de medicamentos con receta. Certifico que el medicamento descrito no se solicitó por una lesión laboral. Al completar este formulario, acepto que el reintegro se me pagará directamente a mí y queda anulada la asignación de estos beneficios a una farmacia o un tercero*.

X
Firma del miembro Fecha

» Recibos de reclamos

Pegue con cinta adhesiva al dorso los recibos o las facturas detalladas.

Lea al dorso para obtener más detalles.

Marque la casilla apropiada si alguno de los recibos o las facturas corresponden a:

Medicamento compuesto con receta

Asegúrese de que su farmacéutico escriba TODOS los números VÁLIDOS del NCD, los costos y cantidades de cada ingrediente en el dorso de este formulario y de que adjunte los recibos. Si el reclamo está incompleto, se devolverá.

UN FORMULARIO DE RECLAMO POR PRESENTACIÓN DE MEDICAMENTO COMPUESTO

Medicamento comprado fuera de los Estados Unidos

Indique:

País

Moneda utilizada

Medicamento para la alergia

Coordinación de beneficios

(Otro plan de salud ha pagado una parte). Marque el casillero correspondiente para su método principal de cobertura. Lea al dorso para obtener más información.

¿Este es un reclamo de coordinación de beneficios?

Sí No

Pagó otro plan de salud y usted adjunta una declaración que detalla el monto que pagó usted y el monto que pagó la otra aseguradora. (1)

Programa de tarjeta (3)

Pedido por correo de Express Scripts (4)

Toda persona que a sabiendas y con intención de estafar, perjudicar o engañar a una compañía de seguros, envíe un reclamo o una solicitud que contenga información considerablemente falsa, engañosa, incompleta o confusa en relación con dicho reclamo, cometerá un acto fraudulento de seguro, lo cual es un delito. Dicha persona podrá estar sujeta a castigos penales o civiles, incluidas multas, encarcelación o la negación de beneficios*.

Pegue al dorso de esta página los recibos con cinta adhesiva.

*Si la ley lo permite, puede asignar el pago de este reclamo a su farmacia. Si su farmacia está dispuesta a aceptar la asignación, no complete este formulario. Pídale a su farmacia que se comunique con el Servicio de asistencia a farmacias al 800.922.1557 para solicitar asistencia.

» 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	Cantidad métrica	Costo de los ingredientes
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Costo total <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

» Instrucciones Lea atentamente antes de completar este formulario.

- Siempre presente su tarjeta de identificación para medicamentos recetados en la farmacia participante de venta al por menor.
- 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:
- Debe completar un formulario de reclamo separado por cada farmacia utilizada y por cada paciente.**
- Debe presentar los reclamos dentro del período de 1 año luego de la fecha de compra o según lo requiera su plan.
- 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.
- El miembro del plan debe leer atentamente el reconocimiento y luego firmar y fechar este formulario.

- Devuelva el formulario y los recibos completos a:**
Express Scripts
ATTN: Commercial Claims
P.O. Box 14711
Lexington, KY 40512-4711
- 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, pégue 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.

