

Formulario de Reclamación de Reembolso de Medicamentos Recetados/Coordinación de Beneficios

¿Sabía que ahora puede enviarnos sus reclamaciones de medicamentos recetados en formato electrónico?

Inicie sesión en express-scripts.com y seleccione Benefits > Forms & Cards (Beneficios > Formularios y Tarjetas)

»» Información del Titular *Consulte su tarjeta de identificación de medicamentos recetados.*

N.º de Grupo

Identificación del Miembro

Nombre del Miembro Apellido

Dirección

Ciudad Estado Código postal

»» Información del Paciente

Nombre del Paciente Apellido

Fecha de Nacimiento del Paciente (Mes/Día/Año)

Sexo Parentesco con el Miembro del Plan

- | | | |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> 1 Miembro | <input type="checkbox"/> 5 Dependiente Discapacitado |
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> 2 Cónyuge | <input type="checkbox"/> 6 Padre o Madre Dependiente |
| | <input type="checkbox"/> 3 Hijo Elegible | <input type="checkbox"/> 7 Pareja No Cónyuge |
| | <input type="checkbox"/> 4 Estudiante Dependiente | <input type="checkbox"/> 8 Otra |

»» Información de la Farmacia

Nombre de la Farmacia

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Teléfono (incluya el código de área)

¿Se trata de una farmacia en un hogar de ancianos? Sí No

Por la presente, certifico que los cargos indicados por los medicamentos recetados son correctos y acepto proporcionar a Express Scripts o a sus agentes un acceso razonable a los registros relacionados con los medicamentos dispensados a este paciente, de acuerdo con la legislación aplicable. Reconozco además que el reembolso se pagará directamente al miembro del plan y que la cesión de estos beneficios a una farmacia o a cualquier otra parte es inválida.

X NCPDP/NPI Obligatorio

Firma del Farmacéutico o su Representante (Obligatorio)

»» Certificación

Certifico que el paciente que se indicó anteriormente recibió los medicamentos descritos para su propio uso y que yo (o el paciente, si no soy yo) soy elegible para los beneficios de medicamentos recetados. Certifico que los medicamentos descritos no se indicaron por una lesión laboral. *Al completar este formulario, reconozco que el reembolso se me pagará directamente a mí y que la cesión de estos beneficios a una farmacia o a cualquier otra parte es inválida*.*

X Firma del Miembro Fecha

* Si la ley lo permite, puede ceder el pago de esta reclamación a su farmacia. Si la farmacia está dispuesta a aceptar la cesión, no complete este formulario. Solicite que la farmacia se ponga en contacto con Servicios para Farmacias al 800.922.1557 para recibir ayuda.



EXPRESS SCRIPTS®

»» Recibos de la Reclamación

Pegue los recibos o las facturas detalladas en el reverso.

Consulte el reverso para obtener más información.

Marque la casilla correspondiente si los recibos o las facturas son:

- De una receta de preparado farmacéutico**
Asegúrese de que su farmacéutico indique TODOS los números del Código Nacional de Medicamentos (NDC) VÁLIDOS, el costo y las cantidades para cada ingrediente en el reverso de este formulario y adjunte los recibos. Se devolverá la reclamación si está incompleta.

UN FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR PRESENTACIÓN DE PREPARADO FARMACÉUTICO

- De un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos**

Indique:

País

Moneda con la que pagó

- De un medicamento para alergias**

Coordinación de Beneficios

(Otro Plan de Salud pagó una parte). Marque la casilla correspondiente a su método de cobertura principal. Consulte el reverso para obtener más información.

¿Es una reclamación de coordinación de beneficios?

Sí No

- Otro Plan de Salud pagó y usted está adjuntando una declaración que indica cuánto pagó usted y cuánto pagó la otra compañía (1)

Programa de Tarjeta (3)

Envío a Domicilio de Express Scripts (4)

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, perjudicar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una reclamación o una solicitud que contenga información material falsa, engañosa, incompleta o errónea relativa a dicha reclamación puede estar cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo que constituye un delito, y podría estar sujeta a sanciones penales o civiles, incluso multas o penas de prisión, o a la denegación de los beneficios.†

Pegue los recibos en el reverso de esta página

» Recibos de la Reclamación

Pegue los recibos aquí. **No los engrape.** Si tiene más recibos, péguelos en una hoja por separado

Pegue el recibo del medicamento recetado 1 aquí.

Los recibos deben incluir la siguiente información:

- Fecha en la que se surtió la receta
- Nombre y dirección de la farmacia
- Nombre o número de identificación del médico
- Número de NDC (número del medicamento)
- Nombre y concentración del medicamento
- Cantidad y días de suministro
- Número de receta
- DAW (Dispensar Según lo Especificado)
- Monto pagado

Pegue el recibo del medicamento recetado 2 aquí.

Los recibos deben incluir la siguiente información:

- Fecha en la que se surtió la receta
- Nombre y dirección de la farmacia
- Nombre o número de identificación del médico
- Número de NDC (número del medicamento)
- Nombre y concentración del medicamento
- Cantidad y días de suministro
- Número de receta
- DAW (Dispensar Según lo Especificado)
- Monto pagado

SOLO RECETAS DE PREPARADOS FARMACÉUTICOS

- Indique el número de NDC de 11 dígitos VÁLIDO para CADA ingrediente utilizado en la receta del preparado farmacéutico.
- Para cada número de NDC, indique la "cantidad métrica" expresada en número de comprimidos, gramos, mililitros, cremas, pomadas, inyectables, etc.
- Para cada número de NDC, indique el costo por ingrediente.
- Indique el TOTAL (monto en dólares) pagado por el paciente.
- Los recibos deben estar pegados al formulario de reclamación.

N.º de receta

Fecha de Surtido / / Días de Suministro Cantidad

NDC del Ingrediente de 11 Dígitos Válido

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

Costo del Ingrediente

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

Cargo total

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

» Instrucciones. Léalas atentamente antes de llenar este formulario.

1. Presente siempre su tarjeta de identificación de medicamentos recetados en la farmacia minorista participante.
2. Utilice este formulario cuando haya pagado el precio completo de un medicamento recetado en una farmacia minorista o cuando tenga que presentar reclamaciones según las reglas de Coordinación de Beneficios.
3. **Deberá llenar un formulario de reclamación diferente para cada farmacia utilizada y para cada paciente.**
4. Debe presentar las reclamaciones en el plazo de un año a partir de la fecha de compra o según lo indicado por su plan.
5. **Asegúrese de que los recibos estén completos.**
Para que se procese su solicitud, todos los recibos deben contener la información indicada en la parte superior de esta página. El farmacéutico puede proporcionarle la información necesaria, si no está detallada en la reclamación o la factura.
6. El miembro del plan debe leer atentamente la certificación, y luego firmar y fechar este formulario.

7. Devuelva el formulario completo y los recibos a:

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

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

Utilice un formulario de reclamación por fax. No combine reclamaciones de diferentes miembros en el mismo envío por fax.

Instrucciones Adicionales para la Coordinación de Beneficios Pagó Otro Plan de Salud

Primero debe presentar la reclamación a la aseguradora principal. Una vez recibida la declaración del plan principal de la aseguradora principal, complete este formulario, pegue los recibos originales de los medicamentos recetados en los espacios indicados en la parte superior de esta página y adjunte la declaración del plan principal, que indique claramente el costo de los medicamentos recetados y lo que el plan principal pagó.

Programas de Medicamentos Recetados o Planes HMO Farmacias minoristas

Si en el plan principal se paga un copago o un coseguro en una farmacia minorista, no se necesita una Explicación de beneficios (EOB). Simplemente llene este formulario y adjunte el recibo del medicamento recetado en el que se indique el monto del copago o del coseguro pagado en la farmacia. Los recibos se considerarán la EOB.

Express Scripts® Pharmacy

Si el plan principal es de pedido por correo, llene este formulario y adjunte el recibo del medicamento recetado, en el que se indique el monto del copago o del coseguro pagado a la farmacia de pedido por correo o la declaración de beneficios que recibe de la farmacia de pedido por correo.

† **California:** Para su protección, la legislación de California exige que aparezca la siguiente afirmación en este formulario: Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a la reclusión en una prisión estatal.

Pennsylvania Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información material falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho material, está cometiendo un acto fraudulento de seguro, que es un delito, y queda sujeta a sanciones penales y civiles.

