Formulario de reembolso por medicamentos recetados

Consulte en el dorso para ver las instrucciones. Complete toda la información. Un formulario incompleto puede demorar su reembolso.

Información del miembro/suscriptor *Vea su tarjeta de identificación de medicamentos recetados.*

Núm. de grupo

Identificación del miembro

Nombre del miembro (nombre, apellido)

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Información del paciente

Nombre del paciente (nombre, apellido)

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

Sexo

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino

Relación con el miembro del plan

- ☐ 1 Miembro
- ☐ 2 Cónyuge
- ☐ 3 Hijo elegible
- ☐ 4 Estudiante dependiente
- ☐ 5 Dependiente discapacitado
- ☐ 6 Padre dependiente
- ☐ 7 Pareja no cónyuge
- ☐ 8 Otro

Información de la farmacia

Nombre de la farmacia

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Teléfono (incluir código de área)

¿Esta farmacia se encuentra en un asilo de ancianos? ☐ Sí ☐ No

Por la presente certifico que el/los cargo(s) mostrados por el/los medicamento(s) recetado(s) es/son correcto(s) y acepto proporcionar a Express Scripts o a sus agentes acceso razonable a los registros relacionados con los medicamentos dispensados a este paciente deacuerdo con la ley aplicable. Además reconozco que el reembolso se pagará directamente al miembro del plan y la asignación de estos beneficios a una farmacia o a cualquier otra parte queda invalidada.

X

Firma del farmacéutico o representante **(Obligatorio)**

Número NABP obligatorio

Recibos de reclamaciones

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

Para obtener más detalles, vea la parte posterior.

Marque la casilla correspondiente si algún recibo o factura corresponde a lo siguiente:

☐ **Medicamento recetado compuesto**
Asegúrese de que su farmacéutico registre TODOS los números de NDC VÁLIDOS, los costos y las cantidades de cada ingrediente en la parte posterior de este formulario y los recibos adjuntos. La reclamación se devolverá si está incompleta.
UN FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR PRESENTACIÓN DE COMPUESTO

☐ **Medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos**
Indique:
País _____
Moneda usada _____

☐ **Medicamento para la alergia**

Toda persona que con conocimiento e intención de estafar, lesionar o engañar a cualquier compañía de seguros presente una reclamación o una solicitud que contenga cualquier información relacionada con la reclamación que sea materialmente falsa, engañosa, incompleta, o que tenga el propósito de engañar, puede estar cometiendo un acto fraudulento que constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles, que incluyen multas o prisión, o denegación de los beneficios.*

Pegue con cinta adhesiva los recibos en la parte posterior.

Confirmación de recepción

Certifico que el/los medicamento(s) descrito(s) anteriormente fue(ron) recibido(s) para su uso por parte del paciente mencionado arriba, y que yo (o el paciente, si no soy yo mismo) soy elegible para recibir beneficios de medicamentos recetados. Además certifico que el medicamento recibido no estaba destinado para una lesión producida en el trabajo ni está cubierto por otro plan de beneficios. *Al completar este formulario, reconozco que el reembolso se pagará directamente a mi persona y que la asignación de estos beneficios a una farmacia o cualquier otra parte queda invalidada.**

X

Firma del miembro Fecha

* Si la ley lo permite, puede asignar el pago de esta reclamación a su farmacia. Si su farmacia acepta la asignación, no complete este formulario. Solicite a su farmacia que se ponga en contacto con Servicios farmacéuticos al 1-800-922-1557 para obtener ayuda.

Recibos de reclamaciones

Pegue sus recibos con cinta aquí. **¡No los engrape!** Si tiene más recibos, péguelos en un papel aparte.

Pegue con cinta el recibo del medicamento recetado 1 aquí.

Los recibos deben incluir la siguiente información:

- Fecha en que se abasteció la receta
- Nombre y dirección de la farmacia
- Nombre o número de identificación del doctor
- Número de NDC (número de medicamento)
- Nombre y concentración del medicamento
- Cantidad y días de suministro
- Número de la receta (número de Rx)
- Dispensar como se indica (DAW)
- Monto pagado

Pegue con cinta el recibo del medicamento recetado 2 aquí.

Los recibos deben incluir la siguiente información:

- Fecha en que se abasteció la receta
- Nombre y dirección de la farmacia
- Nombre o número de identificación del doctor
- Número de NDC (número de medicamento)
- Nombre y concentración del medicamento
- Cantidad y días de suministro
- Número de la receta (número de Rx)
- Dispensar como se indica (DAW)
- Monto pagado

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA (ÚNICAMENTE para medicamentos recetados compuestos)

- Registre el número de NDC de 11 dígitos VÁLIDO para CADA ingrediente usado para el medicamento recetado compuesto.
- Para cada número de NDC, indique la "cantidad métrica" expresada en la cantidad de tabletas, gramos, mililitros, cremas, ungüentos, inyectables, etc.
- Para cada número de NDC, indique el costo por ingrediente.
- Indique el cargo TOTAL (monto en dólares) pagado por el paciente.
- El/los recibo(s) debe(n) adjuntarse al formulario de reclamaciones

Núm. de Rx		Fecha de abastecimiento		Días de suministro	

Núm. de NDC de 11 dígitos VÁLIDO	Cantidad	Precio
Cantidad total		
Cargo total		

Instrucciones para reclamaciones de reembolso directo

Léalas detenidamente antes de completar este formulario.

1. Siempre presente su tarjeta de identificación de medicamentos recetados en la farmacia minorista participante.
2. Solo use este formulario de reclamaciones cuando haya pagado el precio completo por una orden de medicamento recetado en una farmacia porque:
   - La farmacia no acepta su tarjeta de identificación de medicamentos recetados de Express Scripts, o
   - no ha recibido su tarjeta de identificación de medicamentos recetados de Express Scripts.
3. Debe completar un formulario de reclamaciones **separado** para **cada farmacia** usada y para **cada paciente**.
4. Debe presentar las reclamaciones en un plazo de 1 año a partir de la fecha de compra o según lo requiera su plan.
5. **Asegúrese de que sus recibos estén completos.** A fin de que se procese su solicitud, todos los recibos deben contener la información descrita arriba. Su farmacéutico puede proporcionar la información necesaria si su reclamación o su factura no están detalladas.
6. El miembro del plan debe leer la confirmación detenidamente y después firmar y fechar este formulario.
7. Devuelva el formulario completado y el/los recibo(s) a:
   Express Scripts
   P.O. Box 14711
   Lexington, KY 40512

* **California:** Para su protección, la ley de California requiere que en este formulario aparezca lo siguiente: Cualquier persona que deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Pennsylvania: Toda persona que, con conocimiento e intención de estafar a cualquier compañía de seguros o a otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho material comete un acto fraudulento, lo que constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

Visítenos en línea en cualquier momento en Express-Scripts.com

C1001 9-12

C1001

EXPRESS SCRIPTS®