

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

¿Sabía que ahora puede enviarnos sus reclamaciones de medicamentos recetados por vía electrónica? Inicie sesión en express-scripts.com y seleccione "Benefits" (Beneficios) > "Forms & Cards" (Formularios & Tarjetas)



EXPRESS SCRIPTS®

» Información del Titular de la Tarjeta *Vea su tarjeta de identificación para medicamentos recetados.*

N.º 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 Parentesco con el Miembro del Plan

☐ Femenino ☐ 1 Miembro ☐ 5 Dependiente Discapacitado

☐ Masculino ☐ 2 Cónyuge ☐ 6 Padre o Madre Dependiente

☐ 3 Hijo Elegible ☐ 7 Pareja No Cónyuge

☐ 4 Estudiante Dependiente ☐ 8 Otro

» Información de la Farmacia

Nombre de la Farmacia

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Teléfono (incluya el código de área)

¿Es 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
Firma del Farmacéutico o Representante

NCPDP/NPI Requerido

» Certificación

Certifico que los medicamentos descritos fueron recibidos para ser utilizados por el paciente arriba mencionado, y que yo (o el paciente, si no soy yo) soy elegible para los beneficios de medicamentos recetados. Certifico que los medicamentos descritos no fueron para una lesión en el trabajo. *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.

» Recibos de la Reclamación

Pegue los recibos o las facturas detalladas en el reverso. Marque la casilla correspondiente:

☐ **De una receta de preparado farmacéutico**
Asegúrese de que su farmacéutico enumere TODOS los números de NDC VÁLIDOS, el costo y las cantidades de cada ingrediente en el reverso de este formulario y adjunte los recibos.

☐ **De un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos**
País

Moneda con la que pagó

☐ **De un medicamento para alergias**

☐ **De un Kit de Prueba de Covid**
Nombre del Kit

Código del Kit (NDC/UPC)

Cantidad de Kits

Pruebas por Kit

Fecha de Compra

Esta prueba fue adquirida por el cliente para uso personal o para el uso de un miembro cubierto del plan y no fue adquirida con fines laborales. Esta prueba no será reembolsada por otra fuente ni se revenderá.

Coordinación de Beneficios

Marque la casilla correspondiente a su método de cobertura principal. ¿Otro seguro ha pagado la totalidad/parte de esta reclamación?

☐ Sí ☐ No

¿Se incluye una Explicación de Beneficios?

☐ Sí ☐ No

¿Se trata de una reclamación de tarjeta de descuento?

☐ Sí ☐ No

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, incluyendo multas o penas de prisión, o a la denegación de los beneficios.†

>> 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)
- Importe 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)
- Importe pagado

SOLO PARA 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 (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 de 11 dígitos Válido del Ingrediente

<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"/>

Cantidad Métrica

<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 del Ingrediente

<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"/>

Cargo Total

<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

>> Instrucciones Léalas atentamente antes de completar este formulario.

1. Presente siempre su tarjeta de identificación para medicamentos recetados en la farmacia minorista participante
2. Utilice este formulario cuando haya pagado el precio total de un medicamento recetado en una farmacia minorista o cuando tenga que presentar reclamaciones en virtud las reglas de Coordinación de Beneficios.
3. **Debe completar 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 la reclamación o la factura no están desglosadas.
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 para distintos miembros en el mismo fax.

Instrucciones Adicionales de Coordinación de Beneficios

Otro Plan de Salud Pagó

Primero debe presentar la reclamación a la aseguradora principal. Una vez recibida la declaración del plan 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, en la que se 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 coseguro en una farmacia minorista, no se necesita una Explicación de Beneficios (EOB). Simplemente complete este formulario y adjunte los recibos de los medicamentos recetados en los que se indique el importe 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, complete este formulario y adjunte el recibo del medicamento recetado en el que se indique el importe del copago o del coseguro pagado a la farmacia de pedidos por correo o la declaración de beneficios que reciba de la farmacia de pedidos por correo

† **California:** Para su protección, las leyes de California exigen 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.

