

Formulario de reclamo de reembolso de medicamentos con receta / Coordinación de beneficios

Si no completa el formulario en su totalidad, es posible que se produzcan demoras en su reembolso.	
Consulte las instrucciones que se encuentran en el reverso y complete toda la información.	

	n del titular de la tarjeta <i>Const</i> tos con receta.	>> Recibos correspondientes al reclamo Pegue con cinta en el reverso los recibos o las facturas		
N.º de grupo médio	co	detalladas. Consultar el reverso para obtener detalles.		
Identificación del a	filiado 🗌 🗎 🗎 🗎 🗆 🗆 🗆	Marque la casilla correspondiente si alguno de los recibos o facturas corresponde a:  Receta compuesta Asegúrese de que su farmacéutico incluya: TODOS los números de NDC VÁLIDOS, costos y cantidades de cada uno de los ingredientes en el reverso de este formulario y adjunte los recibos. Se le devolverá el reclamo si se encuentra incompleto.		
Nombre del afiliac	do			
Dirección Ciudad				
			UN FORMULARIO DE RECLAMO PARA CADA PRESENTACIÓN COMPUESTA	
>> Información	-	Medicamento adquirido fuera de los		
Nombre del pacie	nte	Apellido	Estados Unidos Por favor indique:	
Fecha de nacimie	nto del paciente (mes/día/año)		País	
Sexo	Relación con el afiliado al plan		Moneda utilizada	
Femenino	1 El afiliado mismo	5 Dependiente con discapacidad	Medicamento para la alergia	
Masculino	2 Cónyuge	6 Padre/madre dependiente		
	3 Hijo/a elegible	7 Pareja de hecho	Coordinación de beneficios (Otro plan de salud ha pagado una parte.) Marque el	
	4 Estudiante dependiente	☐ 8 Otra	casillero correspondiente a su método de cobertura primaria. Consultar el reverso para obtener más	
>> Información	n de la farmacia		información.	
Nombre de la farmacia  Dirección			¿Este es un reclamo de coordinación de beneficios?  Sí No Otro plan de salud ha pagado y usted adjunta una declaración que indica cuánto pago usted y cuánto	
			pago el otro asegurador (1)	
Ciudad		Estado Código postal	Programa de tarjeta (3)	
			Pedido por correo de Express Scripts (4)	
	el código de área) 🔲 🔲 – 🔲 🕻 que se encuentra en una residencia	geriátrica? Sí No	Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, dañar o engañar a una compañía aseguradora, presente un reclamo o solicitud que contenga información	
representantes un acces leyes aplicables. Asimis	so razonable a los registros relacionados con los	n correctos y acepto brindar a Express Scripts o a sus s medicamentos entregados a este paciente de acuerdo con las mente al afiliado al plan y que es nula la cesión de estos	esencialmente falsa, engañosa incompleta o presente información que induzca a error con referencia a dicho reclamo puede estar cometiendo un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito y puede	
Χ		NCPDP/NPI Obligatorio	acarrear sanciones de carácter penal y civil, incluso multa	
Firma del farmacé	utico o su representante (Obligatori	a)	o prisión o denegación de beneficios.†	
			Por favor pegue con cinta los recibos en el reverso de esta página.	
>>> Reconocim	iento			
Certifico que el/los me beneficios de medican	edicamento/s descripto/s anteriormente se re nentos con receta. Certifico que el/los medic	cibió/recibieron para ser utilizado/s por el paciente antes menc amento/s descripto/s no fue/fueron por una lesión sufrida en el s beneficios a una farmacia o a cualquier otro tercero es nula.*		
Χ				
Firma del afiliado		Fecha		
*Si la ley lo permite, pu	ede ceder el pago de este reclamo a su farmacia	a. Si su farmacia está dispuesta a aceptar la cesión, no complete est	e formulario.	

EXPRESS SCRIPTS®

Solicite que su farmacia se comunique con Servicios de Farmacia al 800.922.1557 para obtener asistencia.

### >>> Recibos correspondientes al reclamo

Pegue con cinta sus recibos aquí. ¡No use grapas! Si tiene recibos adicionales, péguelos con cinta en una hoja separada.

### Los recibos deben contener la siguiente información:

- Fecha en que se surtió la receta:
- Nombre y dirección de la farmacia
- Nombre o N.º de identificación del médico
- N.º de NDC (número del medicamento)
- Nombre y concentración del medicamento
- · Cantidad y día de suministro
- N.º de receta (N.º de Rx)
- DAW (Despachar según las indicaciones)
- Monto pagado

### Los recibos deben contener la siguiente información:

- Fecha en que se surtió la receta:
- Nombre y dirección de la farmacia
- Nombre o N.º de identificación del médico
- N.º de NDC (número del medicamento)
- Nombre y concentración del medicamento
- Cantidad y día de suministro
- N.º de receta (N.º de Rx)
- DAW (Despachar según las indicaciones)
- Monto pagado

### SOLO PARA RECETAS COMPUESTAS

- Completar el número VÁLIDO de NDC de 11 dígitos para cada ingrediente utilizado para la receta compuesta.
- Para cada número de NDC, indicar la "cantidad según sistema métrico" expresada en el número de comprimidos, 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.
- Se debe/n adjuntar el/los recibo/s al formulario de reclamo.

N.º de Rx		
Fecha de surtido / / / / / / / / / / / / / / / / / / /	Suministro para días 🔲 🔲 🗀	Cantidad
NDC de ingrediente válido de 11 dígitos	Cantidad según sistema métrico	Costo del ingrediente
	Cargo total	

## >> Instrucciones Lea con atención antes de completar este formulario.

- Presente siempre su tarjeta de identificación para medicamentos con receta en la farmacia minorista participante.
- Utilice este formulario cuando haya pagado el precio total por un medicamento con receta en una farmacia minorista o necesite presentar reclamos según las normativas de Coordinación de Beneficios:
- 3. Debe completar un formulario de reclamo separado para cada farmacia utilizada y para cada paciente.
- 4. Debe presentar los reclamos dentro de un año desde la fecha de compra o según lo exija su plan.
- 5. Asegúrese que sus recibos se encuentren completos. Para procesar su solicitud, todos los recibos deben contener toda la información enumerada al inicio de esta página. Su farmacéutico puede brindar la información necesaria si su reclamo o factura no contienen un detalle.
- 6. El afiliado al plan debe leer con atención el reconocimiento y luego firmar este formulario y colocar la fecha.

#### 7. Envíe el formulario completo y el/los recibo/s a:

Express Scripts ATENCIÓN: Reclamos comerciales Apartado de correos 14711 Lexington, KY 40512-4711

 También puede enviar su formulario de reclamo por fax a: 608.741.5475.

Utilice un formulario de reclamo por cada fax. No combine reclamos pertenecientes a distintos afiliados en el mismo envío de fax.

### Instrucciones adicionales de coordinación de beneficios *Pagó otro plan de salud*

Debe presentar en primer lugar el reclamo a la aseguradora principal. Una vez recibida una declaración del plan principal por parte de la aseguradora principal, complete este formulario, pegue con cinta de los recibos originales de la receta en los espacios indicados en la parte superior de esta página y adjunte la declaración de el plan principal, la cual debe indicar claramente el costo de los medicamentos recetados y la parte que pagó el plan principal.

# Programas de medicamentos con receta o Planes HMO

#### Farmacias minoristas

Si el plan principal es uno en el cual se paga un copago o un coseguro en una farmacia minorista, entonces no es necesaria una Explicación de beneficios (EOB). Solo complete este formulario y adjunte el/los recibo/s que demuestren el monto de copago o coseguro pagado en la farmacia. El/los recibo/s servirá/n como EOB.

#### Farmacia Express Scripts

Si el plan principal es de pedidos por correo, complete este formulario y adjunte el/los recibo/s correspondiente/s a la receta que demuestren el monto de copago o coseguro pagado a la farmacia de envíos por correo o la declaración de beneficios que recibió de la farmacia de envíos por correo.

†California: Para su protección, la legislación de California exige que la siguiente información conste en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para obtener el pago de un siniestro es responsable de un delito y puede encontrarse sujeta a multas y confinamiento en una prisión del estado.

Pennsylvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que, con el propósito de engañar, oculte información sobre cualquier hecho importante, está cometiendo un acto fraudulento en materia de seguros, lo cual constituye un delito y esa persona quedará sujeta a sanciones penales y civiles.



\*C1001\*

© 2015 Express Scripts Holding Company. Todos los derechos reservados. 12-0684 (12-1608 rev 6/15)