

» 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 según sistema métrico

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

» Instrucciones Lea con atención antes de completar este formulario.

1. Presente siempre su tarjeta de identificación para medicamentos con receta en la farmacia minorista participante.
2. 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

8. 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.

