

¿Sabía que nos puede enviar sus reclamos de recetas vía electrónica? Inicie sesión en express-scripts.com y seleccione Beneficios > Formularios y tarjetas

»» Información del titular de la tarjeta

Consulte su tarjeta de identificación para medicamentos con receta.

N.º de grupo médico

Identificación del afiliado

Nombre del afiliado Apellido

Dirección

Ciudad Estado Código postal

»» Información del paciente

Nombre del paciente Apellido

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

Sexo Relación con el afiliado al plan

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> 1 El afiliado mismo | <input type="checkbox"/> 5 Dependiente con discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> 2 Cónyuge | <input type="checkbox"/> 6 Padre/madre dependiente |
| | <input type="checkbox"/> 3 Hijo/a elegible | <input type="checkbox"/> 7 Pareja de hecho |
| | <input type="checkbox"/> 4 Estudiante dependiente | <input type="checkbox"/> 8 Otro |

»» Información de la farmacia

Nombre de la farmacia

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Teléfono (incluya el código de área) - -

¿Es una farmacia que se encuentra en una residencia geriátrica? Sí No

Certifico que el/los cargo/s por el/los medicamento/s recetado/s es/son correctos y acepto brindar a Express Scripts o a sus representantes un acceso razonable a los registros relacionados con los medicamentos entregados a este paciente de acuerdo con las leyes aplicables. Asimismo, acepto que el reembolso se pagará directamente al afiliado al plan y que es nula la cesión de estos beneficios a la farmacia o a cualquier otro tercero.

X NCPDP/NPI Obligatorio

Firma del farmacéutico o su representante (Obligatoria)

»» Reconocimiento

Certifico que el/los medicamento/s descrito/s anteriormente se recibió/recibieron para ser utilizado/s por el paciente antes mencionado y que yo (o el paciente) soy/ es elegible para los beneficios de medicamentos con receta. Certifico que el/los medicamento/s descrito/s no fue/fueron por una lesión sufrida en el lugar de trabajo. *Al completar este formulario, acepto que el reembolso se me pagará directamente a mí y que es nula la asignación de esos beneficios a una farmacia o a un tercero.**

X Firma del afiliado Fecha

»» Recibos correspondientes al reclamo

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

Consultar el reverso para obtener detalles. Marque la casilla correspondiente si alguno de los recibos o facturas corresponde a lo siguiente:

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.
UN FORMULARIO DE RECLAMO PARA CADA PRESENTACIÓN COMPUESTA

Medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos
Por favor indique: _____
País _____
Moneda utilizada _____

Medicamento para la alergia

Coordinación de beneficios
(Otro plan de salud ha pagado una parte). Marque el casillero correspondiente a su método de cobertura primaria. Consulte el reverso para obtener más información.

¿Es este un reclamo de coordinación de beneficios?

Sí No

Otro plan de salud ha pagado y usted adjunta una declaración que indica cuánto pagó usted y cuánto pagó el otro asegurador (1)

Programa de tarjetas (3)

Entrega a domicilio de Express Scripts (4)

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 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 acarrear sanciones de carácter penal y civil, incluso multas o prisión o denegación de beneficios. †

Por favor pegue con cinta los recibos en el reverso de esta página.

*Si la ley lo permite, puede ceder el pago de este reclamo a su farmacia. Si su farmacia está dispuesta a aceptar la cesión, no complete este formulario. 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

Pegue con cinta el recibo de la receta 1 aquí.

Los recibos deben contener la siguiente información:

- Fecha en 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 día de suministro
- Número de receta (Número de Rx)
- Despachar según las indicaciones (Dispense As Written, DAW)
- Monto pagado

Pegue con cinta el recibo de la receta 1 aquí.

Los recibos deben contener la siguiente información:

- Fecha en 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 día de suministro
- Número de receta (Número de Rx)
- Despachar según las indicaciones (Dispense As Written, DAW)
- Monto pagado

SOLO PARA RECETAS COMPUESTAS

- Complete el número VÁLIDO de NDC de 11 dígitos para CADA ingrediente utilizado para la receta compuesta.
- Para cada número de NDC, indique la "cantidad según sistema métrico" expresada en el
- 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.

Nº. de Rx

Fecha en que se surtió Cantidad Día de suministro

Valid 11-digit Ingredient NDC

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

Metric Quantity

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

Ingredient Cost

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

» Instrucciones Lea con atención antes de completar este formulario

1. Presente siempre su tarjeta de identificación para medicamentos recetados en la farmacia minorista participante.
2. Use este formulario cuando haya pagado el precio total de un medicamento recetado en una farmacia minorista o si necesita presentar reclamos en virtud de las normativas de Coordinación de Beneficios.
3. **Debe completar un formulario de reclamo por separado para cada farmacia utilizada y para cada paciente.**
4. Debe presentar reclamos dentro del período de 1 año desde la fecha de compra, o según lo exija su plan.
5. **Asegúrese de que sus recibos se encuentren completos.** A fin de procesar su solicitud, todos los recibos deben contener toda la información enumerada al inicio de esta página. Su farmacéutico puede proporcionarle 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 y fechar este formulario.

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

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

8. También puede enviar su formulario de reclamo por fax al: 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 los recibos originales de la receta en los espacios indicados en la parte superior de esta página y adjunte la declaración del plan principal, la cual debe indicar claramente el costo de la receta y qué 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 la explicación de beneficios (Explanation of Benefits, 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 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.

Pensilvania: 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.

