

Formulario de reclamación de coordinación de beneficios/reembolso de medicamentos recetados

¿Sabía que ahora puede enviarnos las reclamaciones de sus medicamentos recetados en forma electrónica?

Ingrese en express-scripts.com, seleccione Beneficios → y luego Formularios y tarjetas



EXPRESS SCRIPTS®

»» Información del titular de la tarjeta *Consulte su tarjeta de identificación para medicamentos recetados.*

N.º de grupo

Id. de miembro

Nombre del miembro Apellido

Dirección

Ciudad Estado Código postal

»» Información sobre el paciente

Nombre del paciente Apellido

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

Sexo Relación con el miembro del plan

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> 1 Usted mismo | <input type="checkbox"/> 5 Dependiente discapacitado(a) |
| <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 sobre la farmacia

Nombre de la farmacia

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Teléfono (incluido el código de área)

¿La farmacia se encuentra en un hogar de ancianos? Sí No

Por el presente, certifico que los cargos por los medicamentos recetados que aquí figuran son correctos y acepto proporcionar, dentro de lo razonable, acceso a Express Scripts o a sus representantes a los registros relacionados con los medicamentos entregados a este paciente, conforme a la ley vigente. Reconozco, además, que el reembolso se pagará directamente al miembro del plan y que la asignación de estos beneficios a una farmacia o a cualquier otra parte no será válida.

NCPDP/NPI Obligatorio

Firma del farmacéutico o del representante (obligatoria)

»» Certificación

Certifico que los medicamentos descritos fueron recibidos para uso del paciente mencionado anteriormente y que yo (o el paciente, si no soy yo) soy elegible para los beneficios de los medicamentos recetados. Certifico que los medicamentos descritos no fueron solicitados debido a una lesión causada en el trabajo. *Al completar este formulario, reconozco que el reembolso se me pagará directamente y que la asignación de estos beneficios a una farmacia o a cualquier otra parte no será válida.**

Firma del miembro Fecha

*Si la ley lo permite, usted puede asignar el pago de este reclamo a su farmacia. Si su farmacia está dispuesta a aceptar esta asignación, no complete este formulario. Solicite a su farmacia que se comuniquen con Servicios Farmacéuticos al 800.922.1557 para recibir ayuda.

»» Recibos de reclamaciones

Pegue al dorso los recibos o las facturas detalladas.

Consulte al dorso para obtener más detalles.

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

Recetas compuestas
Asegúrese de que su farmacéutico incluya TODOS los números del NDC VÁLIDOS, los costos y las cantidades de cada ingrediente al dorso de este formulario y que adjunte los recibos. La reclamación será devuelta si está incompleta.
UN FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR PRESENTACIÓN COMPUESTA

Medicamentos adquiridos fuera de los Estados Unidos

Complete la siguiente información:

País

Moneda utilizada

Medicamento para la alergia

Coordinación de beneficios

(Otro plan de salud ha pagado una parte). Marque la casilla correspondiente a su método de cobertura primaria. Consulte al dorso para obtener más información.

¿Es esta una reclamación de coordinación de beneficios?

Sí No

Otro plan de salud pagó y usted está adjuntando una declaración que detalla cuánto pagó usted y la otra aseguradora (1)

Programa de tarjetas (3)

Pedidos por correo de Express Scripts (4)

Toda persona que, a sabiendas y con intención de estafar, perjudicar o engañar a cualquier compañía de seguros presente un reclamo o solicitud que incluya información considerablemente falsa, engañosa, incompleta o errónea podrá estar cometiendo un acto fraudulento contra el seguro que se considera un delito. Esta persona podrá estar sujeta a sanciones civiles o penales, incluidas multas y/o prisión o denegación de beneficios.[†]

Pegue los recibos al dorso de esta hoja.

