

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)

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

N.º de Grupo	<input type="text"/>	
Identificación del Miembro	<input type="text"/>	
Nombre del Miembro	Apellido	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección	<input type="text"/>	
Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

» Información del Paciente

Nombre del Paciente	Apellido	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fecha de Nacimiento del Paciente (Mes/Día/Año)	<input type="text"/>	
Sexo	Parentesco con el Miembro del Plan	
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> 1 Yo	<input type="checkbox"/> 5 Persona Discapacitada Dependiente
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> 2 Cónyuge	<input type="checkbox"/> 6 Padre o Madre Dependiente
	<input type="checkbox"/> 3 Niño Elegible	<input type="checkbox"/> 7 Pareja
	<input type="checkbox"/> 4 Estudiante Dependiente	<input type="checkbox"/> 8 Otro

» Información de la Farmacia

Nombre de la Farmacia		
<input type="text"/>		
Dirección		
<input type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono (incluya el código de área)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Es una farmacia ubicada en un hogar de ancianos? ☐ Sí ☐ No

Por la presente certifico que los cargos que se muestran 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 administrados a este paciente de acuerdo con la ley correspondiente. 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

Si este reembolso es para un kit de prueba de COVID-19 para realizar en el hogar, no se requiere la firma del farmacéutico ni el NPI.

» 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 llene 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:**

- ☐ **Receta de un 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.
- ☐ **Medicamento Comprado Fuera de los Estados Unidos**

País

Moneda con la que pagó

- ☐ **Medicamento para Alergias**
- ☐ **De un Kit de Prueba de Covid**

Nombre del Kit

Cantidad de Kits

Fecha de Compra

Esta prueba fue adquirida por el cliente para uso personal o para el uso por parte de un miembro del plan con cobertura y no fue adquirida con fines laborales.

Esta prueba no será reembolsada por otra fuente ni se revenderá.

- ☐ **Otra Aseguradora Pagó esta Reclamación por Error.**

Asegúrese de que se proporcione una carta de cobro detallada con su recibo.

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

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar, perjudicar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación o una solicitud que contenga información materialmente falsa, engañosa, incompleta o errónea relacionada con dicha reclamación, puede estar cometiendo un acto de seguro fraudulento, lo que constituye un delito, y podría estar sujeta a sanciones penales o civiles, incluidas multas o penas de prisión, o a la denegación de beneficios.

Pegue los recibos aquí. **No los engrape.** Si tiene más recibos, péguelos con cinta en una hoja por separado.

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

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

- 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 pagados al formulario de reclamación.

N.º de Receta

Fecha de Surtido // Días de suministro Cantidad

[illegible]

1. Presente siempre su tarjeta de identificación de 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 necesite presentar reclamaciones en virtud de las reglas de Coordinación de Beneficios.
3. **Debe completar un formulario de reclamaciones por separado para cada farmacia utilizada y para cada paciente.**
4. Debe enviarlo en un plazo de 1 año a partir de la fecha de compra o según lo requiera 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 el reconocimiento y luego firmar y fechar este formulario.

7. Devuelva el formulario completo y los recibos a:
Express Scripts
ATTN: Reclamaciones comerciales
P.O. Box 52017
Phoenix, AZ 85072
8. También puede **enviar su formulario de reclamación por fax al siguiente número: 608.741.5475.**

Utilice un formulario de reclamación por cada fax. No combine reclamaciones para diferentes miembros en el mismo fax.

Instrucciones Adicionales de Coordinación de Beneficios

¿Otro seguro pagó esta reclamación?
Primero debe presentar la reclamación al seguro principal. Si el plan principal es uno en el que se paga un copago o coseguro en una farmacia minorista, complete el formulario y adjunte los

recibos de las recetas que muestren el monto del copago o coseguro pagado en la farmacia.

¿Se incluye una Explicación de Beneficios?

Algunos planes requieren una explicación de los beneficios de su seguro principal. Una vez que se reciba la declaración del plan principal del proveedor principal, adjunte el estado de cuenta del plan principal, que indica claramente el costo del medicamento recetado y lo que pagó el plan principal. Esto no reemplaza el recibo requerido de la farmacia.

¿Se trata de una reclamación de tarjeta de descuento?

Las reclamaciones de medicamentos recetados se completan en una farmacia minorista mediante un reembolso, una tarjeta de cupones, una tarjeta de ahorro, un plan de descuento de farmacia o GoodRx, etc. en lugar de usar su plan de medicamentos recetados en la farmacia. Los descuentos aplicados mediante un plan de descuentos no son elegibles para reembolso.

Programa 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 llene este formulario y adjunte el recibo del medicamento recetado en el 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 envío a domicilio, complete este formulario y adjunte los recibos de las recetas que muestren el monto del copago o coseguro pagado a la farmacia de envío a domicilio o la declaración de beneficios que recibe de la farmacia de envío a domicilio.

ADVERTENCIA: Para su protección, las leyes estatales, incluidas las de Arizona, California, Maryland y Oklahoma, exigen que figure lo siguiente en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio está sujeta a sanciones penales y civiles, que pueden incluir multas y penas en una prisión estatal.

Pennsylvania: Toda persona que conscientemente 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 sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho material, está cometiendo un acto fraudulento de seguro, el cual es un delito, y dicha persona queda sujeta a sanciones penales y civiles.

New Hampshire: Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a un juicio y castigo por fraude de seguros, según lo dispuesto en la RSA 638:20.

New York: Toda persona que conscientemente 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 sustancialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho material, está cometiendo un acto fraudulento de seguro, el cual es un delito, y también quedará sujeto a una multa civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.