

# Formulario de reembolso de medicamento recetado

Vea las instrucciones en la parte de atrás. Complete toda la información. Un formulario incompleto puede retrasar su reembolso.



EXPRESS SCRIPTS®

## Información del miembro/suscriptor *Vea su tarjeta de ID de medicamentos recetados.*

Nombre del plan de salud

Nombre del miembro (nombre, apellido)

Dirección física

Ciudad

Estado

C.P.

## Información del paciente

Nombre del paciente (nombre, apellido)

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

Sexo *Relación con el miembro del plan*

- |                                 |  |   |
|---------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> Femenino  | <input type="radio"/> 1 Mismo                  | <input type="radio"/> 5 Dependiente discapacitado |
| <input type="radio"/> Masculino | <input type="radio"/> 2 Cónyuge                | <input type="radio"/> 6 Padre dependiente         |
|                                 | <input type="radio"/> 3 Hijo elegible          | <input type="radio"/> 7 Pareja no cónyuge         |
|                                 | <input type="radio"/> 4 Estudiante dependiente | <input type="radio"/> 8 Otro                      |

## Información de la farmacia

Nombre de la farmacia

Dirección física

Ciudad

Estado

C.P.

Teléfono (incluya código de área)

## ¿Es esta una farmacia de un asilo de ancianos? **OSÍ** **O No**

Por este medio certifico que el (los) cargo(s) mostrado(s) para el (los) medicamento(s) recetado(s) es (son) correcto(s) y acepto proporcionar a Express Scripts o sus agentes acceso razonable a registros relacionados con medicamentos despachados a este paciente de conformidad con la legislación aplicable. Además reconozco que el reembolso será pagado directamente al miembro del plan y es nula la asignación de estos beneficios a una farmacia o a otro tercero cualquiera.

Firma del farmacéuta o representante  
**(Obligatorio)**

Número de NABP obligatorio

## Reconocimiento

Certifico que el (los) medicamento(s) descrito(s) arriba fue(ron) recibido(s) para uso por parte del paciente listado arriba y que yo (o el paciente, si no soy yo mismo) soy elegible para beneficios de medicamentos recetados. También certifico que el medicamento recibido no era para una lesión laboral o estaba cubierto bajo cualquier otro plan de beneficios. *Al completar este formulario, reconozco que el reembolso será pagado directamente a mí y es nula la asignación de estos beneficios a una farmacia o a otro tercero cualquiera.\**

Firma del miembro

Fecha

## Recibos de reclamo

Pegue los recibos o facturas detalladas en la parte de atrás.  
**Vea los detalles atrás.**

Marque la casilla apropiada si alguno de los recibos o facturas son para un(a):

### Receta compuesta

Asegúrese de que su farmacéuta liste **TODOS** los números NDC VÁLIDOS, costo y cantidades para cada ingrediente en la parte de atrás de este formulario y adjunte recibos. El reclamo será devuelto si está incompleto.

### **UN FORMULARIO DE RECLAMO POR PRESENTACIÓN COMPUESTA**

### Medicamento para alergias

Cualquier persona que deliberadamente y con intención de defraudar, causar daño o engañar a alguna aseguradora presente un reclamo o solicitud que contenga cualquier información sustancialmente falsa, engañosa, incompleta o confusa en relación con dicho reclamo puede estar cometiendo un acto fraudulento contra el seguro, el cual es un delito y puede someter a dicha persona a penalización criminal o civil, incluyendo multas y/o encarcelamiento o denegación de beneficios.\*

**Pegue los recibos en la parte de atrás.**

\*Si la ley lo permite, usted puede asignar el pago de este reclamo a su farmacia. Si su farmacia está dispuesta a aceptar la asignación, no complete este formulario. Solicite a su farmacia que se ponga en contacto con Servicios a Farmacias al 1-800-922-1557 para que le den asistencia.

## Recibos de reclamo

Pegue sus recibos aquí. **¡No los engrape!** Si tiene recibos adicionales, péguelos en hojas separadas.

Pegue el recibo de la receta 1 aquí.

### Los recibos deben contener la información siguiente:

- Fecha de abastecimiento de la receta
- Nombre y dirección de la farmacia
- Nombre o número de ID del doctor
- Número de NDC (número del medicamento)
- Nombre y concentración del medicamento
- Cantidad y días de suministro
- Número de la receta (número de Rx)
- DAW (Despachar según lo escrito)
- Monto pagado

Pegue el recibo de la receta 2 aquí.

### Los recibos deben contener la información siguiente:

- Fecha de abastecimiento de la receta
- Nombre y dirección de la farmacia
- Nombre o número de ID del doctor
- Número de NDC (número del medicamento)
- Nombre y concentración del medicamento
- Cantidad y días de suministro
- Número de la receta (número de Rx)
- DAW (Despachar según lo escrito)
- Monto pagado

## INFORMACIÓN DE LA FARMACIA (SOLO para recetas compuestas)

- Liste el número VÁLIDO de NDC de 11 dígitos para CADA ingrediente usado para la receta compuesta.
- Para cada número de NDC, indique la "cantidad métrica" expresada en el número de tabletas, 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.
- El (Los) recibo(s) debe(n) estar adjunto(s) al formulario de reclamo.

No. de Rx	Fecha de abastecimiento	Suministro de días
	No. VÁLIDO de NDC de 11 dígitos	Cantidad
		Precio
	Cantidad total	
	Total de cargos	

## Instrucciones para reclamo de reembolso directo

Lea detenidamente antes de completar este formulario.

1. Presente siempre su tarjeta de identificación de medicamentos recetados en la farmacia minorista participante.
2. Solo use este formulario de reclamo cuando haya pagado el precio completo por un pedido de medicamento recetado en una farmacia porque:
  - La farmacia no acepta su tarjeta de identificación de medicamentos recetados de Express Scripts, o
  - Usted no ha recibido su tarjeta de identificación de medicamentos recetados de Express Scripts.
3. Debe completar un formulario de reclamo **separado** para **cada farmacia** usada y para **cada paciente**.
4. Debe presentar reclamos en un plazo de 1 año de la fecha de compra o según lo requiera su plan.

### 5. Asegúrese de que sus recibos estén completos.

Con el fin de que su solicitud sea procesada, todos los recibos deben contener la información listada arriba. Su farmaceuta puede proporcionar la información necesaria si su reclamo o factura no están detallados.

### 6. El miembro del plan debe leer con atención el reconocimiento y luego firmar y poner fecha a este formulario.

### 7. Devuelva el formulario completado y el (los) recibo(s) a:

**Express Scripts**  
**P.O. Box 14711**  
**Lexington, KY 40512**



Visítenos en línea en cualquier momento en [Express-Scripts.com](http://Express-Scripts.com)

C1001 9-12

\*C1001\*

