

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.*

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

Femenino

1 Mismo

5 Dependiente discapacitado

Masculino

2 Cónyuge

6 Padre dependiente

3 Hijo elegible

7 Pareja no cónyuge

4 Estudiante dependiente 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? Sí 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 farmaceuta 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.

