

# 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.

**X**

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

Número de NABP obligatorio

## 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.**

## 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.\**

**X**

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 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.

