Reclamación directa/Formulario de Coordinación de beneficios

Ver la parte posterior para obtener instrucciones. Proporcione todos los datos solicitados. Un formulario incompleto puede retrasar su reembolso.

medco®

Información del miembro/afiliado *Vea su tarjeta de identificación de medicamentos recetados.*

No. de grupo C V T Y C O M

Número de receta

NOTA: Favor de utilizar su número de receta y no su número de identificación de miembro.

Nombre del miembro (Nombre, Apellido)

Domicilio (No. y Calle)

Ciudad Estado Código postal zip

Información del paciente

Nombre del paciente (Nombre, Apellido)

Fecha de nacimiento del paciente (Mes/Día/Año)

Sexo
☐ Femenino
☐ Masculino

Relación con el miembro al plan
☐ 1 Es usted
☐ 2 Cónyuge
☐ 3 Hijo que reúne los requisitos
☐ 4 Estudiante dependiente
☐ 5 Dependiente discapacitado
☐ 6 Padre o madre dependiente
☐ 7 Pareja (no cónyuge)
☐ 8 Otro

Información de la farmacia

Nombre de la farmacia

Domicilio (No. y Calle)

Ciudad Estado Código postal zip

No. telefónico (con prefijo de zona)

¿Se trata de la farmacia interna de un hospital particular? ☐ Sí ☐ No

Por el presente, certifico que el/los cargo(s) que se muestra(n) por el/los medicamento(s) recetado(s) es/son correcto(s) y acepto proporcionarle a Medco o a sus agentes acceso razonable a los expedientes relacionados con los medicamentos dispensados a este paciente según las leyes aplicables. Además, reconozco que el reembolso se le pagará directamente al afiliado al plan y que queda anulada la asignación de estos beneficios a una farmacia o a cualquier otra entidad.

X

Firma del farmacéutico o representante **(Se requiere)**

Se requiere el número NABP

Recibos de reclamación directa

Pegue los recibos o las facturas detalladas en la otra cara de este formulario.
Vea la otra cara de este formulario si desea obtener información detallada.

Marque la casilla de verificación apropiada si cualquier receta o recibo corresponde a:

☐ **Medicamentos recetados compuestos**
Asegúrese de que su farmacéutico incluya TODOS los números NDC de 11 dígitos VÁLIDOS, así como los ingredientes, costos y cantidades que aparecen en el recibo o factura.

☐ **Medicamento comprado fuera de los Estados Unidos**
Favor de indicar:
País _____
Moneda utilizada _____

☐ **Medicamento para la alergia**

Coordinación de beneficios

(Otro plan de salud ha pagado una porción)
Marque la casilla adecuada para su método de cobertura principal. Ver la parte posterior para obtener más información.
¿Es esta una reclamación de coordinación de beneficios? ☐ Sí ☐ No

☐ 1 Otro plan de salud pagó y usted está adjuntando una declaración que indica las cantidades que usted y su otro proveedor pagaron
☐ 3 Programa de tarjeta
☐ 4 **Medco Pharmacy®**/Farmacia de servicio por correo

Cualquier individuo que presente una reclamación o solicitud que contenga información materialmente falsa, falaz, incompleta o engañosa sobre dicha reclamación, intencionalmente y con el propósito de defraudar, dañar o engañar a cualquier compañía de seguros, puede estar cometiendo un acto de fraude de seguros, lo cual es un delito que puede exponer a dicho individuo a castigos penales o civiles, incluyendo multas o encarcelamiento, o la denegación de beneficios.*

Adjunte los recibos pegándolos con cinta adhesiva en la otra cara de este formulario.

Certificación

Certifico que el (los) medicamento(s) descrito(s) arriba se recibió (recibieron) para ser utilizado(s) por el paciente identificado arriba, y que yo (o el paciente, si se trata de otra persona) reúno los requisitos para recibir los beneficios de medicamentos recetados. Además, certifico que el medicamento recibido no se solicitó para el tratamiento de una lesión sufrida en el trabajo y que no se cubrió bajo otro plan de beneficios. Reconozco que el reembolso se me pagará directamente, y que queda anulada la asignación de estos beneficios a una farmacia o a cualquier otra entidad.

X

Firma del miembro

Recibos de reclamación directa

Pegue sus recibos aquí. **¡No use grapas!** Si tiene más recibos, péguelos en una hoja de papel y adjúntela a este formulario.

Pegue el recibo de la receta 1 aquí.

Los recibos deben contener la siguiente información:

- Fecha en que se surtió la receta
- Nombre y dirección de la farmacia
- Nombre o número de identificación del médico
- Número de NDC (número de medicamento)
- Nombre y potencia del medicamento
- Cantidad y días de suministro
- Número de receta (No. de Rx)
- DAW (Preparar tal como se indica)
- Importe pagado

Pegue el recibo de la receta 2 aquí.

Los recibos deben contener la siguiente información:

- Fecha en que se surtió la receta
- Nombre y dirección de la farmacia
- Nombre o número de identificación del médico
- Número de NDC (número de medicamento)
- Nombre y potencia del medicamento
- Cantidad y días de suministro
- Número de receta (No. de Rx)
- DAW (Preparar tal como se indica)
- Importe pagado

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA (SOLAMENTE para recetas compuestas)

- Indique el número NDC VÁLIDO de 11 dígitos de CADA ingrediente de la receta compuesta.
- Para cada número NDC, indique la "cantidad métrica" que represente el número de tabletas, gramos, milímetros, cremas, pomadas, inyecciones, etc.
- Para cada número NDC, indique el costo por ingrediente.
- Indique el cargo TOTAL (el monto en dólares) pagado por el cliente.
- El (los) recibo(s) debe(n) adjuntarse al formulario de reclamación.

No. de receta		Fecha de surtido		Días de suministro	

No. NDC VÁLIDO de 11 dígitos	Cantidad	Precio
Cantidad total		
Cargo total		

Use este formulario para reclamos directos y coordinación de beneficios

- Debe completar un formulario de reclamo **separado** por **cada farmacia** utilizada y por **cada paciente.**
- Debe presentar los reclamos dentro del período de 1 año luego de la fecha de compra o según lo requiera su plan.
- **Para coordinación de beneficios solamente**
  Primero debe presentar el reclamo a la compañía primaria de seguros. Una vez que la compañía de seguros primaria reciba la declaración del plan primario, complete este formulario, pegue con cinta adhesiva los recibos originales de los medicamentos con receta en los espacios proporcionados anteriormente y adjunte la declaración del plan primario, la cual indica claramente el costo del medicamento y qué monto pagó el plan primario.
  Programas de medicamentos con receta o planes HMO
  Farmacias de venta al por menor: Si el plan primario establece que debe pagarse un copago o coseguro en la farmacia, no necesita una explicación de beneficios (EOB). Simplemente complete este formulario y adjunte los recibos de los medicamentos con receta, que muestren el monto del copago o coseguro pagado en la farmacia. Los recibos sirven como una EOB.
  Servicio de pedidos por correo de *Medco Pharmacy:* Si el plan primario es el plan de pedidos por correo, complete este formulario y adjunte los recibos de los medicamentos que muestren el monto del copago o coseguro pagado a la farmacia de pedidos por correo o la declaración de beneficios que reciba de dicha farmacia.

Instrucciones

Lea cuidadosamente este formulario antes de llenarlo

1. **Asegúrese de que sus recibos estén completos.** Para que su solicitud se pueda procesar, todos los recibos deben contener la información que se indica en la sección anterior. Su farmacéutico podrá proporcionar la información necesaria, si su reclamación o factura no son detalladas.
2. El miembro del al plan debe leer la Certificación detenidamente y posteriormente firmar y escribir la fecha en este formulario.
3. Envíe el formulario lleno y el (los)recibo(s) a:

   Medco
   P.O. Box 14236
   Lexington, KY 40512

*** California:** La ley de California exige que el texto siguiente aparezca en este formulario, para su protección: Cualquier individuo que intencionalmente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede ser sometido a multas y encarcelamiento en una penitenciaría estatal.

Pensilvania: Cualquier individuo que, intencionalmente y con el propósito de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otro individuo, presente una solicitud o una declaración de seguros que contenga cualquier información materialmente falsa o que oculte, con la intención de engañar, información relacionada con cualquier hecho material relevante a ésta, está cometiendo un acto de fraude de seguros, lo cual es un delito y dicho individuo puede ser sometido a castigos penales y civiles.

Visítenos en la Web, en cualquier momento, en **www.medco.com**.

CF8826A

CF8826A

medco®