

Otras coberturas: Complete esta sección solamente si tiene una solicitud de actualización de TrOOP—No la complete si está presentando únicamente una reclamación de reembolso directo.

Nombre de la otra compañía de seguros

Número de la otra póliza de seguros

Nombre del titular de la otra póliza de seguros

Fecha del servicio	Nombre del medicamento	No. de receta	Cobro	Monto pagado por el paciente	Monto pagado por otro pagador

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA (SOLAMENTE para recetas compuestas)

Para recetas compuestas, debe completar la sección anterior y el recibo de la farmacia debe incluir la siguiente información:

- Nombre de cada ingrediente que contiene la receta
- Un número NDC válido para cada ingrediente
- La cantidad de cada ingrediente (Nota: Si necesita ayuda para obtener esta información sobre un medicamento compuesto, póngase en contacto con su farmacéutico).

Instrucciones detalladas

- Complete todas las secciones correspondientes de la cara 1.
- Debe llenar un formulario de reclamación por separado por cada farmacia que se utilice.
- Pegue los recibos de las farmacias con cinta adhesiva (no use grapas) en una hoja de papel.
- Debe presentar sus reclamaciones a más tardar 3 meses después de que concluya el año de beneficio que corresponda a la fecha de compra.
- Lea la Certificación en la parte inferior de la cara 1 de este formulario, firme el formulario y escriba la fecha.

En el caso de las recetas estándar, los recibos de farmacia deben incluir:

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

Otras coberturas pagadas: Primero debe presentar la reclamación a la aseguradora principal. Una vez que el informe de explicación de beneficios (EOB) del plan principal se haya recibido de la aseguradora principal, llene este formulario. Pegue con cinta adhesiva el (los) recibo(s) original(es) de la(s) receta(s) a una hoja de papel en blanco y adjunte el EOB del plan principal, el cual debe indicar claramente el costo de la receta y el monto pagado por el plan principal.

Programas de medicamentos de venta bajo receta o programas de tarjeta de plan HMO: Si en el plan principal se paga un copago o coseguro en la farmacia, no se requiere un EOB. Simplemente llene este formulario y pegue con cinta adhesiva el (los) recibo(s) de la(s) receta(s) que muestre(n) el monto del copago o el coseguro pagado en la farmacia a una hoja de papel en blanco. El (los) recibo(s) será(n) aceptado(s) en lugar del EOB.

La farmacia Medco: Si el plan principal es la farmacia Medco, llene este formulario e incluya, ya sea el (los) recibo(s) de la(s) receta(s) que muestre(n) el monto del copago o el coseguro pagado a la farmacia de servicio por correo o el informe de beneficios que reciba de la farmacia de servicio por correo.

Según las estipulaciones de las leyes estatales de California y Pensilvania, se proporciona la siguiente declaración para su protección. Cualquier individuo que, intencionalmente y con el propósito de defraudar, dañar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otro individuo, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa, falaz, incompleta o engañosa o que oculte, con la intención de engañar, información relacionada con cualquier hecho material relevante a esta, comete un acto de fraude de seguros, lo cual es un delito y dicho individuo está sujeto a castigos penales y civiles, incluyendo multas o encarcelamiento, o la denegación de beneficios.

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



CS0CPA0A

medco[®]



Cantidad total
Cargo total

Envíe el formulario lleno y el (los) recibo(s) a:

Medco Health Solutions, Inc.
P.O. Box 14718
Lexington, KY 40512