

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE REEMBOLSO DE RECETAS

Para procesar reembolso por servicios de farmacia necesita completar la siguiente información:

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR:
NÚMERO DE CONTRATO DEL SUSCRIPTOR (Impreso en la tarjeta del plan):
DIRECCIÓN POSTAL:
NOMBRE DEL PATRONO:

Certifico que yo (o mi dependiente directo menor de 21 años) he (ha) recibido el medicamento aquí descrito y que el mencionado participante del plan es elegible para recibir beneficios de medicamentos recetados. También certifico que el medicamento recibido no tiene como objetivo dar tratamiento a una lesión de trabajo y que no está cubierto bajo otro plan de beneficios. En caso de existir un dependiente con 21 años o más de edad, dicho dependiente debe suscribir el formulario y certificar la información en el mismo.

Certifico que leí o me fue leída la información contenida en esta solicitud de reembolso y que la misma es cierta y correcta. Autorizo a cualquier médico, hospital, farmacia o cualquier otra instalación de servicios médicos o farmacéuticos, compañía de seguros u otra institución a proveer cualquier información que MCS requiera para el análisis y procesamiento de esta solicitud.

Información Anti fraude: De acuerdo a las disposiciones de la Ley Número 230 del 9 de agosto de 2008, creada a fines de enmendar el Código de Seguros de Puerto Rico, le informamos que el Artículo 27.250 del Código de Seguros de Puerto Rico dispone lo siguiente: "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (\$5,000) dólares, ni mayor de diez mil (\$10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años".

Firma del suscriptor del plan (requerida)

Fecha

Firma del tutor legal (requerida, si aplica)

Fecha

Descripción _____

Todos los reembolsos están sujetos a los términos y a las condiciones del plan y pueden ser menores a la cantidad presentada según el costo del plan y los copagos.

Servicios prestados en los Estados Unidos de América:

Formularios de reclamación serán aceptados para proceso de pago con un recibo detallado que incluya: número de receta, nombre del medicamento, cantidad despachada y cantidad pagada, por medicamento. Por favor, asegúrese que le entreguen un recibo con la información completa para evitar atrasos.

Marque una de las siguientes razones para solicitar el reembolso:

- El asegurado no tenía la tarjeta del plan
- Suplido por concepto de vacaciones
- El reclamo fue rechazado por la farmacia
- Compra fuera de la red
- Consideración del reclamo para la Coordinación de Beneficios (COB, cubierta secundaria). Favor de indicar información de plan secundario:

Compañía aseguradora	Número de Póliza ó Contrato

- Otro (Detalle)

Adjunte al formulario, el recibo oficial de la farmacia. Si la siguiente información no se encuentra en el recibo, solicite al farmacéutico que complete, firme este formulario y adjunte el recibo de pago. Sin la información requerida, {Pharmpix} no podrá procesar su reclamo de reembolso.

Número de Receta	Número de NPI ¹ de la farmacia	Fecha de despacho	Nombre del medicamento y dosis	Número NDC ²	Número DEA ³ del médico que receta	Cantidad	Días de suplido	Total Pagado

Firma del Farmacéutico: _____ **Número de teléfono de la farmacia:** _____

En caso de no proveer el recibo detallado, le será requerida la firma del farmacéutico en el formulario.

Instrucciones para Recetas Compuestas (Para uso del farmacéutico): si es una receta compuesta, escriba el número NDC del ingrediente de mayor costo utilizado en el medicamento de la receta.

Recetas Compuestas (mezcla)- (Para uso de la farmacia solamente)

Número NDC	Nombre del ingrediente	Cantidad	Cargos

Favor enviar el formulario de reclamación de reembolso debidamente completado con sus recibos a:

Dirección: PharmPix Corp.
2 Calle 1 Ste.500
Guaynabo PR 00968

Fax: 1-(866) 912-2961

Este comunicado contiene información que podría considerarse privilegiada y confidencial y es para uso exclusivo del individuo o entidad a quién está dirigida. Si usted no es el destinatario correcto de este comunicado, está estrictamente prohibido divulgar, copiar, distribuir o utilizar el contenido de este mensaje. Si ha recibido esta comunicación por error, favor de destruirla y notificar inmediatamente a MCS al (787) 758-2500.

¹ NPI- National Provider Indicator

² NDC- National Drug Code

³ DEA-Physician Drug Enforcement Administration Number