

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE REEMBOLSO DE RECETAS

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

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR:	TELÉFONO:
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

Relación con el paciente _____

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:

Los 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.

Seleccione 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, por sus siglas en inglés). Favor de indicar información del plan secundario:

Compañía aseguradora	Número de póliza o 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 quien 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
Formulario de Reembolso (Rx) Rev 12/2019