

Formulario de reembolso de gastos de farmacia por correo para afiliados de MassHealth



MassHealth puede reembolsar a sus afiliados los gastos de bolsillo que hicieron cuando surtieron medicamentos en una farmacia por correo para servicios cubiertos por MassHealth y cuando se les requirió que pagaran por adelantado los gastos de dicho pedido de la farmacia por correo (incluidos el coseguro, los copagos y los deducibles) al proveedor de salud a fin de cumplir con los requisitos de cobertura de su póliza de seguro privado. Este beneficio mejorado permite a los afiliados surtir sus medicamentos con receta por correo rápidamente sin incurrir en costos adicionales.

Para asegurar que su solicitud sea recibida y tramitada a tiempo, por favor incluya toda la información solicitada en este formulario y envíela junto con una Explicación de Beneficios (disponible a través de su compañía de seguros) por las fechas de servicio donde se le cobró el gasto de su bolsillo. Si la documentación está incompleta, se podría demorar la comprobación de sus gastos de bolsillo, lo cual podría retrasar la emisión de los pagos. El Programa de Coordinación y Recuperación de Beneficios (BCR) revisará su solicitud de reembolso de gastos por su pedido de farmacia por correo y se comunicará con usted (o padre, madre o tutor) si tuviera preguntas. Una vez revisado, aprobado y tramitado, el reembolso de MassHealth se emitirá dentro de los 21 días calendario. Las preguntas sobre el estado de las solicitudes de reembolso pueden dirigirse a la línea de Servicio al cliente de BCR al (800) 462-1120.

Nota: Se recomienda que se envíe la solicitud de reembolso dentro de un año de la fecha de servicio para cualquier gasto de bolsillo, asegurando así que el trámite de su solicitud se haga a tiempo. Usted puede enviar hasta 5 fechas de servicio por cada solicitud de reembolso.

Lista de verificación para reembolsos:

- El medicamento recetado fue surtido por un proveedor de pedidos por correo requerido fuera del estado, no una farmacia de venta minorista.
- El servicio califica para reembolso de costos de bolsillo de farmacia por correo.
- El afiliado es un miembro elegible de MassHealth en la(s) fecha(s) del servicio.
- La documentación presentada coincide con la cantidad de reintegro solicitada.
- La solicitud de reembolso contiene suficientes comprobantes de pago, p. ej., cheque cancelado, estado de cuenta de la tarjeta de crédito.
- Se adjunta una *Explicación de beneficios* (EOB) de la farmacia por correo para respaldar la solicitud del reintegro.
- No deben incluirse los gastos de envío y entrega en el monto del reembolso solicitado.

Definiciones:

1.	Nombre	Su nombre tal como aparece en su tarjeta de identificación de MassHealth
2.	Número de identificación de afiliado de MassHealth	Número de identificación de afiliado de 12 dígitos en su tarjeta de identificación de MassHealth
3.	Fecha de nacimiento	MM/DD/AAAA
4.	Dirección	Dirección completa adonde enviar el cheque de reembolso
5.	Número de teléfono	Número de contacto diurno preferido que podamos usar para comunicarnos con usted si tenemos preguntas
6.	Fecha de servicio	Fecha en que recibió el servicio de la farmacia por correo
7.	Tipo de servicio recibido	Qué tipo de servicio recibió de la farmacia por correo (debe ser un servicio de farmacia cubierto por MassHealth)
8.	Nombre de la farmacia por correo	Nombre de la farmacia por correo
9.	Dirección de la farmacia por correo	Dirección de la farmacia por correo
10.	Número de teléfono de farmacia por correo	Número de teléfono de la farmacia por correo

Formulario de reembolso de copago de farmacia por correo para afiliados de MassHealth



11.	Gastos de bolsillo del afiliado	La cantidad del copago, o deducible, o coseguro incluida en la EOB como obligación del afiliado o la cantidad que pagó por el servicio recibido
12.	Explicación de beneficios (EOB)	Explicación de beneficios: Obtenida a través de su compañía de seguro o de la farmacia por correo. Incluir esta con el formulario de reembolso ayudará a acelerar el tiempo del trámite
13.	Comprobante de pago	Documentación de que el afiliado pagó de su bolsillo los gastos por el pedido a la farmacia por correo, el cheque cancelado, el estado de cuenta de la tarjeta de crédito, etc.

Instrucciones:

1. Llene este formulario completamente y firme a continuación.
2. Proporcione la **Explicación de beneficios (EOB) por los servicios recibidos**.
3. Proporcione **Información de pago, por ejemplo, el cheque cancelado o el estado de cuenta de la tarjeta de crédito para respaldar su solicitud**.
4. Envíe el formulario completado por una de las siguientes maneras:
 - a. **Correo postal:** Benefit Coordination and Recovery Program, 529 Main St., Suite 302, Charlestown, MA 02129
 - b. **Fax:** (617) 886-8134 (Línea de asunto: *Benefit Coordination and Recovery Refund Request*)

Parte 1: Información del afiliado y del titular de la póliza

1. Nombre del afiliado: _____
2. Número de identificación de afiliado de MassHealth: _____
3. Fecha de nacimiento: _____
4. Dirección del afiliado (calle, ciudad, estado, CP): _____
5. Número de teléfono del afiliado: _____
6. Número de póliza de seguro médico: _____
7. Nombre del titular de la póliza: _____
8. Relación del titular de la póliza con el afiliado (titular, padre, etc.): _____

Parte 2: Información sobre el servicio recibido

1. Fecha(s) de servicio (FDS), Gastos del afiliado (\$) y Nombre del medicamento recetado: Límite de cinco pedidos por solicitud de reembolso:

	FDS 1	FDS 2	FDS 3	FDS 4	FDS 5
Fecha de servicio					
Gastos (\$)					
Nombre del medicamento recetado					

2. Nombre de la farmacia por correo: _____
3. Dirección de la farmacia por correo: _____

Formulario de reembolso de copago de farmacia por correo para afiliados de MassHealth



Parte 3: Información de pago

El pago debe enviarse a:

Afiliado incluido en la Parte 1 Padre, madre o tutor del afiliado

1. Dirección del afiliado (calle, ciudad, estado, CP): _____

2. Atención a nombre del afiliado o del padre, madre o tutor: _____

3. Beneficiario del reembolso (proporcione uno de los siguientes):

• Número de identificación de MassHealth: _____

O si no es afiliado de MassHealth:

• Número de SSN: _____

Firma:

Certifico bajo pena de perjurio que la información en el presente formulario es correcta y está completa a mi leal saber y entender.

Firma del afiliado o del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____