

Formulário para membros do MassHealth de reembolso de despesas de farmácia por encomenda postal



Observe que este formulário deve ser usado apenas para o reembolso de despesas com farmácia de encomenda postal (mail order) se você tiver um seguro de saúde privado, como por meio de um empregador, além do MassHealth.

O MassHealth pode reembolsar os membros de suas despesas de farmácia por encomenda postal cobertas pelo MassHealth, quando um membro do MassHealth estiver tentando aviar uma receita ou mais receitas de farmácia por encomenda postal e for obrigado a pagar a despesa de farmácia (incluindo cosseguro, copagamentos e franquias) antecipadamente ao provedor em conformidade com a política de cobertura do seu seguro privado. Este benefício melhorado permite que os membros aviem suas receitas por encomenda postal rapidamente, sem incorrerem custo adicional.

Para garantir que seu pedido seja recebido e processado em tempo hábil, inclua todas as informações solicitadas neste formulário e devolva-o junto com uma Explicação de Benefícios (disponível pela sua companhia de seguros) para as datas de serviço quando você teve uma despesa do próprio bolso. Se a documentação estiver incompleta, pode haver atraso na verificação das suas despesas do próprio bolso, o que pode causar um atraso na emissão dos pagamentos. O Programa de Coordenação e Recuperação de Benefícios (BCR) revisará seu pedido de reembolso de despesas de farmácia por encomenda postal e entrará em contato com você (ou com o pai/mãe/responsável) se houver perguntas. Depois de revisado, aprovado e processado, o reembolso do MassHealth será restituído em até 21 dias corridos. Perguntas sobre o status do pedido de reembolso podem ser direcionadas à linha de Atendimento ao Cliente do BCR pelo número (800) 462-1120.

Definições:

- Nome:** Seu nome como aparece no seu cartão de ID do MassHealth
- Número de ID do membro do MassHealth:** Número de identificação de 12 dígitos no seu cartão de ID do MassHealth
- Data de nascimento:** MM/DD/AAAA
- Endereço:** Endereço completo para envio do cheque de reembolso
- Telefone:** Número de contato preferencial durante o dia, que podemos usar para entrar em contato com você se tivermos perguntas
- Data do serviço:** Data em que você recebeu o serviço da farmácia de encomenda postal
- Tipo de serviço recebido:** O serviço que você recebeu da farmácia de pedidos por encomenda postal (precisa ser um serviço de farmácia coberto pelo MassHealth)
- Nome da farmácia de encomenda postal:** Nome da farmácia de encomenda postal
- Endereço da farmácia de encomenda postal:** Endereço da farmácia de encomenda postal
- Número de telefone da farmácia de encomenda postal:** Número de telefone da farmácia de encomenda postal
- Despesa de próprio bolso do membro:** O valor do copagamento/franquia/cosseguro mencionado na EOB como responsabilidade do membro ou o valor que você pagou pelo serviço recebido.
- EOB:** Explicação dos Benefícios - Obtida por meio da sua companhia de seguros ou da farmácia de encomenda postal. Anexar essa explicação ao formulário de reembolso ajudará a acelerar o tempo de processamento.
- Comprovante de pagamento:** Prova de que o membro pagou a despesa do pedido encomenda postal do próprio bolso para a farmácia de encomenda postal, como o cheque cancelado, extrato do cartão de crédito, etc.

Observação: recomenda-se que o pedido de reembolso de quaisquer despesas do próprio bolso seja apresentado dentro de um ano a partir da data do serviço, a fim de garantir o processamento pontual do seu pedido. Você pode enviar até cinco datas de serviço por pedido de reembolso.

Lista de verificação de reembolso:

- A receita foi aviada por um fornecedor de encomendas postais obrigatório, de outro estado, e não por uma farmácia de varejo.
- O serviço está qualificado para reembolso de despesas de farmácia por encomenda postal, pagas do próprio bolso.
- O membro era um membro qualificado do MassHealth na data(s) de serviço.
- A documentação apresentada está de acordo com o valor do reembolso pedido.
- O pedido de reembolso contém prova suficiente de pagamento, ou seja, cheque cancelado, extrato do cartão de crédito.
- Uma Explicação de Benefícios (EOB) da farmácia de encomenda postal está anexada para apoiar o pedido de reembolso.
- As despesas de envio e manuseio não devem ser incluídas no valor de reembolso solicitado.

Instruções:

1. Preencha **este formulário na sua totalidade** e assine seu nome na seção de assinatura na parte inferior desta página.
2. Forneça a **Explicação de Benefícios (EOB) para os serviços recebidos**.
3. Forneça **informações comprovadoras de pagamento, como cheque cancelado ou extrato de cartão de crédito**.
4. Você pode enviar o formulário por um dos seguintes métodos:
 - a. **Fax:** (617) 886-8134 (Linha de assunto: Benefit Coordination and Recovery Refund Request)
 - b. **Correio:** Benefit Coordination and Recovery Program
Member Pharmacy Mail Order Reimbursement
PO Box 2816
Worcester, MA 01613

Parte 1: Informações do membro e do titular da apólice

1. Nome do membro: _____
2. Número de ID do membro do MassHealth: _____ 3. Data de nascimento: _____
4. Endereço de correspondência (rua, cidade, estado, código postal): _____
5. Telefone do membro: _____ 6. Número da apólice de seguro: _____
7. Nome do titular da apólice: _____
8. Relação do titular da apólice com o membro (o próprio, pai/mãe, etc.): _____

Parte 2: Informações sobre o serviço recebido

1. Data(s) de serviço(s) (DOS), Despesa do membro (\$) e Nome da receita – Limite de cinco por pedido de reembolso:

	DOS 1	DOS 2	DOS 3	DOS 4	DOS 5
Data do serviço					
Despesa (\$)					
Nome da receita					

2. Nome da farmácia de encomenda postal: _____
3. Endereço da farmácia de encomenda postal: _____

Parte 3: Informações de pagamento

O pagamento deve ser enviado para: Membro mencionado na Parte 1 Pai/mãe/responsável do(pelo) membro

1. Endereço de correspondência (rua, cidade, estado, código postal): _____
2. Aos cuidados do nome do membro ou do pai/mãe/responsável: _____
3. Destinatário do reembolso: _____
Número de ID do MassHealth (se houver): _____

Assinatura:

Ao assinar este documento, declaro, sob pena de perjúrio, que os dados contidos neste formulário são, pelo que eu saiba, verdadeiros e completos.

Assinatura do membro ou do pai/mãe/responsável: _____ Data: _____