

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



Por favor, tenga en cuenta que este formulario solo debe usarse para solicitar el reembolso de los gastos de pedidos de farmacia por correo postal si, además de tener MassHealth, usted tiene un seguro de salud privado, tal como los que se obtienen por medio de un empleador.

Es posible que MassHealth pueda reembolsar a sus afiliados los gastos de bolsillo que hicieron por los pedidos de farmacia por correo postal para los servicios cubiertos por MassHealth, cuando a un afiliado de MassHealth que compre sus medicamentos recetados en una farmacia por correo, se le requiera que pague por adelantado el costo (incluidos coseguros, copagos y deducibles) del pedido de farmacia por correo al proveedor de salud, en conformidad con los requisitos de la póliza de cobertura de su seguro privado. Este beneficio mejorado permite a los afiliados comprar sus medicamentos con receta por correo rápidamente sin tener 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 mediante su compañía de seguros) por las fechas de servicio cuando se le cobró un gasto de bolsillo. Si la documentación está incompleta, es posible que se demore la verificación de sus gastos de bolsillo, lo cual podría retrasar la emisión de los pagos. El Programa de Coordinación de Beneficios y Recuperación (BCR) revisará su solicitud de reembolso de los gastos por su pedido de farmacia por correo postal y se comunicará con usted (o su padre, madre o tutor) si tuviera preguntas. Una vez revisado, aprobado y tramitado, MassHealth emitirá el reembolso dentro de los 21 días calendario. Puede dirigir las preguntas sobre el estado del trámite de reembolso a la línea de Servicio al cliente del BCR al (800) 462-1120.

Definiciones:

- Nombre:** Su nombre tal como aparece en su tarjeta de identificación de MassHealth
- Número de ID del afiliado de MassHealth:** 12 dígitos en su tarjeta de identificación de MassHealth
- Fecha de nacimiento:** MM/DD/AAAA
- Dirección:** Dirección completa adonde enviar el cheque de reembolso
- Número de teléfono:** Número de contacto diurno preferido que podamos usar para comunicarnos con usted si tenemos preguntas
- Fecha de servicio:** Fecha en que recibió el servicio de la farmacia por correo postal
- Tipo de servicio recibido:** El tipo de servicio que recibió de la farmacia por correo postal (debe ser un servicio de farmacia cubierto por MassHealth)
- Nombre de la farmacia por correo:** Nombre de la farmacia que envía el pedido por correo postal
- Dirección de la farmacia por correo:** Dirección de la farmacia que envía el pedido por correo postal
- Número de teléfono de la farmacia por correo:** Número de teléfono de la farmacia que envía el pedido por correo postal
- Gasto de bolsillo del afiliado:** La cantidad de copago, deducible o coseguro incluida en la EOB como responsabilidad del afiliado o la cantidad que usted pagó por el servicio recibido
- EOB:** Explicación de beneficios: obtenida de su compañía de seguro o de la farmacia que envía el pedido por correo postal. Adjuntar la EOB al formulario de reembolso acelerará la duración del trámite.
- Comprobante de pago:** Los documentos que demuestran que el afiliado pagó de su bolsillo el pedido enviado por la farmacia por correo, p. ej.: el cheque cancelado, estado de cuenta de la tarjeta de crédito, etc.

Nota: Se recomienda que se envíe la solicitud de reembolso dentro de un año de la fecha de servicio de todos los gastos de bolsillo para garantizar que su solicitud se tramite oportunamente. Usted puede enviar hasta 5 fechas de servicio por solicitud de reembolso.

Lista de control para reembolsos:

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

Instrucciones:

- 1. Complete **totalmente este formulario** y firme la sección de la firma al final de esta página.
- 2. Incluya la **Explicación de Beneficios (EOB) para los servicios recibidos.**
- 3. Incluya la **Información de pago que lo demuestre, p. ej., el cheque cancelado o el estado de cuenta de la tarjeta de crédito.**
- 4. Envíe su formulario completado de una de estas maneras:

a. **Fax:** (617) 886-8134 (Línea de asunto: Benefit Coordination and Recovery Refund Request)

b. **Correo postal:** Benefit Coordination and Recovery Program
Member Pharmacy Mail Order Reimbursement
PO BOX 2816
Worcester, MA 01613

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

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

Parte 3: Información de pago

El pago debe enviarse a: Afiliado nombrado en la Parte 1 Padre, madre o tutor del afiliado

- 1. Dirección del afiliado (calle, ciudad, estado, código postal): _____
- 2. Atención a nombre del afiliado o padre, madre o tutor: _____
- 3. Beneficiario del reembolso: _____
Nro. de ID de MassHealth (si lo tiene): _____

Firma:

Yo certifico bajo pena de perjurio que lo declarado en este formulario es correcto y está completo a mi leal saber y entender.

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