

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 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 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.

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 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.

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 ID del 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 postal
7.	Tipo de servicio recibido	Qué tipo de servicio recibió de la farmacia por correo postal (debe ser un servicio de farmacia cubierto por MassHealth)
8.	Nombre de la farmacia por correo	Nombre de la farmacia que envía el pedido por correo postal
9.	Dirección de la farmacia por correo	Dirección de la farmacia que envía el pedido por correo postal

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



10.	Número de teléfono de la farmacia por correo	Número de teléfono de la farmacia que envía el pedido por correo postal
11.	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
12.	Explicación de Beneficios (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.
13.	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.

Instrucciones:

1. Complete **este formulario en su totalidad y** fírmelo a continuación.
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 en una de estas maneras:
 - a. **Por correo electrónico:** TPLidentification@umassmed.edu (Línea de asunto: Solicitud de Reintegro a Coordinación de Beneficios y Recuperación)
 - b. **Por fax:** (617) 886-8134 (Línea de asunto: Solicitud de Reintegro a Coordinación de Beneficios y Recuperación)
 - c. **Por correo postal:** Benefit Coordination and Recovery Program, 529 Main St, Suite 302, Charlestown, MA 02129

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: _____

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



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: _____

Yo acepto y entiendo que, al firmar el *Formulario de autorización y confirmación de firma electrónica*, todas las firmas electrónicas o digitales tienen el mismo valor legal que mi firma manuscrita y que acepto mi obligación legal conforme al presente contrato.