

formulario de reclamación por medicamentos recetados



BlueCross BlueShield
of Texas

Información del miembro

Número de identificación

Nombre del grupo -

Fecha de nacimiento / /

☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre completo (nombre, apellido)

Calle

Ciudad Estado Código postal

Relación del miembro con el titular principal de la tarjeta:

☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Dependiente

Certifico que:

- La información que consta en este formulario es correcta.
- El miembro mencionado anteriormente es elegible para obtener los beneficios de farmacia.
- El miembro mencionado anteriormente recibió el(los) medicamento(s) detallados.
- Estos beneficios no han sido asignados; cualquier asignación posterior será nula.
- Autorizo a divulgar la información que consta en este formulario a Prime Therapeutics LLC.

X

Firma del miembro o representante legal.

¿Es este medicamento para una lesión ocasionada en el lugar de trabajo? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene otro seguro para este medicamento con receta? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la otra compañía de seguros?

Información del titular de la tarjeta (asegurado principal)

Nombre completo (nombre, apellido)

¿Por qué presenta este Formulario de reclamación de medicamentos recetados? (marque uno)

- ☐ No llevaba mi tarjeta de farmacia.
- ☐ No recibí mi tarjeta de farmacia.
- ☐ Retiré mi medicamento en una farmacia fuera de la red.
- ☐ Mi otro seguro pagará parte de este medicamento (adjunte Explicación de los beneficios y un reporte detallado de esa compañía)
- ☐ Otros (por favor explicar) _____

Información de la farmacia

Nombre de la farmacia

Dirección de la farmacia

Ciudad Estado Código postal

Información sobre reclamación de recetas

¿Se adquirió este medicamento con receta fuera de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

Deben completarse todos los campos. (Véase el ejemplo al dorso de este formulario). Hable con el farmacéutico si necesita ayuda.

Adjunte los comprobantes detallados de la farmacia al dorso de este formulario.

1 Número de receta médica

Fecha de dispensación / /

Cantidad _____ Días de suministro

Nombre del medicamento _____

Número del NDC

(El farmacéutico puede proporcionar los números del Código nacional del medicamento (NDC) e Identificador del proveedor nacional (NPI)).

Médico

Número NPI

Costo de la receta \$.

Saldo adeudado \$.

2 Número de receta médica

Fecha de dispensación / /

Cantidad _____ Días de suministro

Nombre del medicamento _____

Número del NDC

(El farmacéutico puede proporcionar los números del Código nacional del medicamento (NDC) e Identificador del proveedor nacional (NPI)).

Médico

Número NPI

Costo de la receta \$.

Saldo adeudado \$.

Información de la farmacia/receta

1. Utilice un formulario de reclamación independiente para cada miembro.
Toda la información provista en este formulario de reclamación o anexada a él debe pertenecer a la misma persona.
2. Adjunte los comprobantes detallados de la farmacia de su bolsa de medicamentos. Asegúrese de que toda la información que se le solicita esté visible (abróchela a la parte superior del formulario, si fuera necesario). Nota: Su reclamación será devuelta si faltara la información solicitada.

Información solicitada

- Nombre del miembro
- Cantidad
- Nombre y dirección de la farmacia
- Cargo total
- Número de receta médica
- Nombre del medicamento y número del NDC
- Número NPI del médico
- Fecha de dispensación
- Días de suministro

¿Tiene preguntas o necesita ayuda en otro idioma o en otro formato?

- Puede llamar al número que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación.
- Su farmacéutico puede llamar al 800.821.4795

3. Envíe este formulario completo con los comprobantes detallados a:

Prime Therapeutics (Commercial)
PO Box 25136
Lehigh Valley, PA 18002-5136

EJEMPLO

Número de

receta médica

0 0 0 0 0 6 0 1 1 4 8 1

Fecha de dispensación

0 1 / 1 2 / 1 6

Cantidad

30

Días de suministro

3 0

Nombre del

medicamento

"Nombre del medicamento"

Número del NDC

0 0 1 2 3 4 5 6 7 3 1

(El farmacéutico puede proporcionar los números del Código nacional del medicamento (NDC) e Identificador del proveedor nacional (NPI)).

Número NPI

9 2 1 5 2 4 1 1 6 3

Costo de la receta \$

0 5 . 1 4

Saldo adeudado \$

5 0 . 1 4

¿La reclamación por la receta se refiere a un medicamento compuesto?

☐ Sí ☐ No

Nota: En caso afirmativo, solicite al farmacéutico que complete la siguiente información.

Información sobre compuestos

Ingrese toda la información de cada medicamento utilizado.

Recetas de compuestos

Solo para uso de la farmacia

Número del NDC	Ingrediente del medicamento	Cantidad	Cargo
----------------	-----------------------------	----------	-------

Receta médica 1

Adjunte aquí los comprobantes detallados de la farmacia

Toda la información solicitada debe estar visible (véase el paso 2 más arriba).

Guarde una copia de los comprobantes en sus archivos.

Receta médica 2

Adjunte aquí los comprobantes detallados de la farmacia

Toda la información solicitada debe estar visible (véase el paso 2 más arriba).

Guarde una copia de los comprobantes en sus archivos.

Reglamentación para la Prevención de fraudes: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a plan de salud o a otra persona, presente una solicitud para seguro o un reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho sustancial de esta, cometerá un acto fraudulento contra el plan de salud, lo que constituye un delito, y hará que tal persona pueda estar sujeta a sanciones penales y civiles.

Blue Cross y Blue Shield de Texas (BCBSTX) es una división de Health Care Service Corporation, una Reserva Legal Mutua y licenciataria independiente de Blue Cross y Blue Shield Association.

Contratos BCBSTX con Prime Therapeutics LLC para proporcionar administración de beneficios de farmacia y servicios de farmacia de entrega a domicilio.

Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, identidad de género, edad o discapacidad.

Si necesita recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos, llámenos sin cargos al 855-710-6984.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar su inconformidad.

Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St.
35th Floor
Chicago, Illinois 60601

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: CivilRightsCoordinator@hcsc.net

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Recursos Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) por estos medios:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Formulario de quejas: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>