

Formulario de reclamación de medicamentos recetados



BlueCross BlueShield of Illinois

Información del miembro

(Consulte el dorso para recibir instrucciones)

Número de ID

Número de grupo

Fecha de nacimiento / /

Masculino Femenino

Nombre completo (nombre, apellido)

Calle

Ciudad Estado Código postal

Vínculo del miembro con el titular principal de la tarjeta:

Titular Cónyuge/Pareja Dependiente/Hijo

Certifico que:

- La información contenida en este formulario es correcta.
- El miembro identificado arriba es elegible para beneficios farmacéuticos.
- El miembro identificado arriba recibió el/los medicamento(s) detallado(s).
- Estos beneficios no se han cedido; cualquier cesión adicional es nula.
- Autorizo a divulgar la información que consta en este formulario a Prime Therapeutics LLC.

X

Firma del miembro o del representante legal

¿Este medicamento es para una lesión ocasionada en el lugar de trabajo? Sí No

¿Tiene otro seguro para este medicamento recetado? Sí No

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

Información del titular de la tarjeta

(titular de la tarjeta principal)

Nombre completo (nombre, apellido)

¿Por qué presenta este Formulario de reclamo de medicamentos recetados? (marque una opción)

- No llevaba mi tarjeta de farmacia cuando compré este medicamento.
- 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 de la compañía y un comprobante detallado).
- Otra opción (explicar) _____

*Si su plan ha optado por cubrir los Kits de prueba casera de COVID-19, utilice este formulario para recibir el reembolso. Adjunte el recibo detallado de la farmacia y envíelo a la dirección que figura al dorso de este formulario. No se aceptarán recibos de caja. Hay un límite de 8 pruebas rápidas a domicilio por cada 30 días.

Información de la farmacia

Nombre de la farmacia

Dirección de la farmacia

Ciudad Estado Código postal

X

Firma del farmacéutico

Número de NPI de la farmacia

Información sobre reclamo de medicamentos recetados*

¿Se adquirió este medicamento recetados fuera de los EE. UU.? Sí No

Deben completarse todos los campos. (Consulte 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.

Los reclamos están sujetos a los límites, las exclusiones y disposiciones de su plan.

1

Número de receta

Fecha de dispensación / /

Cantidad _____ Días de suministro

Nombre del medicamento _____

Número de NDC

(Su farmacéutico le puede proporcionar los números del Código nacional de medicamento [NDC] e Identificador del proveedor nacional [NPI]).

Número NPI del médico

Costo de la receta \$.

Saldo adeudado \$.

2

Número de receta

Fecha de dispensación / /

Cantidad _____ Días de suministro

Nombre del medicamento _____

Número de NDC

(Su farmacéutico le puede proporcionar los números del Código nacional de medicamento [NDC] e Identificador del proveedor nacional [NPI]).

Número NPI del médico

Costo de la receta \$.

Saldo adeudado \$.

Instrucciones

1. Use un formulario de reclamo por separado para cada miembro y cada receta. Toda la información en este formulario de reclamo o anexada a él debe pertenecer a la misma persona o receta.
2. Adjunte los comprobantes originales detallados de la farmacia que le dieron junto con su receta. Asegúrese de que toda la información que se le solicita esté visible (abróchela a la parte superior del formulario, si fuera necesario). Nota: Se retornará su reclamo si faltara la información solicitada.

Información obligatoria

- Nombre del miembro
- Número de ID
- Número de grupo
- Fecha de nacimiento
- Nombre y dirección de la farmacia
- Costo de la receta
- Nombre del medicamento y número de NDC
- Número de NPI del médico
- Cantidad
- Fecha de dispensación
- Número de receta
- Días de suministro
- Toda la información de compuestos (si corresponde)
- Número de NPI de la farmacia

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

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

¿Tiene alguna duda?

- Puede encontrar el número en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro
- Su farmacéutico puede llamar al 800-617-5997

EJEMPLO

Número de receta

Fecha de dispensación

Cantidad Días de suministro

Nombre del medicamento
"Nombre del medicamento"

Número de NDC
(Su farmacéutico le puede proporcionar los números del Código nacional de medicamento [NDC] e Identificador del proveedor nacional [NPI]).

Número de NPI del médico

Costo de la receta \$

Saldo adeudado \$

¿El reclamo por medicamentos recetados se refiere a un medicamento compuesto?

Sí No

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

Información de compuestos

Ingrese toda la información de cada medicamento utilizado.

Recetas de compuestos

Solo para uso de la farmacia

Número de NDC	Ingrediente del medicamento	Cantidad	Cargo

Comprobantes de recetas

Adjunte aquí los comprobantes detallados de la farmacia

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

Guarde una copia de este formulario y de los comprobantes en sus archivos.

Normativa sobre prevención de fraudes: Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a un plan de salud o a otra persona, presente una solicitud por seguro o un reclamo que contenga información materialmente falsa u oculta, 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.

Prime Therapeutics LLC es una compañía de responsabilidad limitada independiente que ofrece servicios de administración de beneficios farmacéuticos.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a division de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association



Health care coverage is important for everyone.

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984. We provide free communication aids and services for anyone with a disability or who needs language assistance.

We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, gender identity, age, sexual orientation, health status or disability. If you believe we have failed to provide a service, or think we have discriminated in another way, contact us to file a grievance.

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

Phone: 855-664-7270 (voicemail)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960

You may file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, at:

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

Phone: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Complaint Portal: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
Complaint Forms: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

To receive language or communication assistance free of charge, please call us at 855-710-6984.

Español	Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.
العربية	لتلقي المساعدة اللغوية أو التواصل مجاناً، يرجى الاتصال بنا على الرقم 855-710-6984.
繁體中文	如欲獲得免費語言或溝通協助，請撥打855-710-6984與我們聯絡。
Français	Pour bénéficier gratuitement d'une assistance linguistique ou d'une aide à la communication, veuillez nous appeler au 855-710-6984.
Deutsch	Um kostenlose Sprach- oder Kommunikationshilfe zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter 855-710-6984 an.
ગુજરાતી	ભાષા અથવા સંચાર સહાય મફતમાં મેળવવા માટે, કૃપા કરીને અમને 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी	निःशुल्क भाषा या संचार सहायता प्राप्त करने के लिए, कृपया हमें 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano	Per assistenza gratuita alla lingua o alla comunicazione, chiami il numero 855-710-6984.
한국어	언어 또는 의사소통 지원을 무료로 받으려면 855-710-6984번으로 전화해 주세요.
Navajo	Niná: Doo bilagáana bizaad dinits'á'góó, shá ata' hodooni nínízingo, t'áájíík'eh bee náhaz'á. 1-866-560-4042 jì' hodíilni.
فارسی	برای دریافت کمک زبانی یا ارتباطی رایگان، لطفاً با شماره 855-710-6984 تماس بگیرید.
Polski	Aby uzyskać bezpłatną pomoc językową lub komunikacyjną, prosimy o kontakt pod numerem 855-710-6984.
Русский	Чтобы бесплатно воспользоваться услугами перевода или получить помощь при общении, звоните нам по телефону 855-710-6984.
Tagalog	Para makatanggap ng tulong sa wika o komunikasyon nang walang bayad, pakitawagan kami sa 855-710-6984.
اردو	مفت میں زبان یا مواصلت کی مدد موصول کرنے کے لیے، براہ کرم ہمیں 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt	Để được hỗ trợ ngôn ngữ hoặc giao tiếp miễn phí, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số 855-710-6984.