

# Formulario de reclamación de medicamentos recetados/kit de prueba casero de COVID



BlueCross BlueShield of Texas

## 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) \_\_\_\_\_

## Información de la farmacia

(No aplica para pruebas domiciliarias de COVID)

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.

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

(No aplica para pruebas domiciliarias de COVID)

Costo de la receta \$  .

Saldo adeudado \$  .

## Reclamo del kit de prueba de COVID-19 de venta libre

Para recibir un reembolso por un kit de prueba casero de COVID-19, adjunte los recibos de registro detallados al reverso de este formulario. Ingrese el número del NDC o UPC de 12 dígitos del comprobante de la caja registradora o la envase de la prueba. Es necesario el ingreso de toda la información que se solicita a continuación: **Hay un límite de 8 pruebas rápidas caseras por 30 días.**

Número de NDC o UPC

Fecha de compra  /  /

Cantidad de kits de prueba comprados \_\_\_\_\_

Costo total de los kits de prueba \$  .

**IMPORTANTE:** Los kits de prueba no se utilizan para pruebas requeridas por su empleador, para regresar al trabajo, para viajar o para asistir a un evento recreativo cuando una persona no tiene síntomas o no tiene exposición conocida o sospechosa, y no se revenderá.

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

Firma \_\_\_\_\_

Fecha firmada \_\_\_\_\_

## 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. Información necesaria para los kits de prueba de COVID-19:
  - Nombre del miembro
  - Número de ID
  - Fecha de nacimiento
  - Costo total de los kits de prueba
  - Nombre del kit de prueba COVID-19 de venta libre
  - Número de NDC/UPC
  - Cantidad de kits de prueba comprados
  - Fecha de compra
  - Recibo detallado
  - Firma
  - Fecha firmada
4. 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 800.821.4795

EJEMPLO	
Número de receta	000006011481
Fecha de dispensación	01/12/22
Cantidad	30
Días de suministro	30
Nombre del medicamento	"Nombre del medicamento"
Número de NDC	00123456731
(Su farmacéutico le puede proporcionar los números del Código nacional de medicamento [NDC] e Identificador del proveedor nacional [NPI]).	
Número de NPI del médico	0123456789
(No aplica para pruebas domiciliarias de COVID)	
Costo de la receta	\$ 205.14
Saldo adeudado	\$ 205.14

¿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 Texas, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

**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, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, problemas médicos o discapacidad.

Llámenos al 855-710-6984 para recibir asistencia lingüística o comunicación en otros formatos sin costo.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar una 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](mailto:CivilRightsCoordinator@hcsc.net)

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) 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>



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.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة، فلديك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બાજુ વ્યક્તને એસ.બી.એમ. કાયદમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसको सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में नि:शुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर काल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bíká anáníłwo'ígíí, na'idíłkidgo, ts'idá bee ná ahóótí'i' t'áá níłk'e níká a'doolwoł dóó bína'idíłkidígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'i'í' hodíłnih kwe'é 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سؤالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nếu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.