

formulario de reclamación por medicamentos recetados



BlueCross BlueShield
of Texas

Información del miembro (Véase el dorso para las instrucciones)

Número de identificación

Número de 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/Pareja ☐ Dependiente/Niño

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.
- 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 (titular principal)

Nombre completo (nombre, apellido)

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

- ☐ No llevaba mi tarjeta de farmacia cuando compré este medicamento recetado.
- ☐ 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

X

Firma del farmacéutico

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 \$.

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 \$.

Instrucciones

- 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 originales y detallados de la farmacia que le dieron 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: Su reclamación será devuelta si faltara la información solicitada.

Información solicitada

- Nombre del miembro
 - Número de identificación
 - Número de grupo
 - Fecha de nacimiento
 - Nombre y dirección de la farmacia
 - Cargo total
 - Nombre del medicamento y número del NDC
- Cantidad
 - Fecha de dispensación
 - Número de receta médica
 - Días de suministro
 - Toda la información del compuesto del medicamento (si corresponde)

¿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
Mail Route: Medicaid
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

\$

2

0

5

.

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.