

Formulario para reclamar medicamentos recetados



BlueCross BlueShield
of Illinois

Información del miembro

(Consulte el reverso para ver las instrucciones)

Número de ID

Número de grupo

Fecha de nacimiento / /

☐ Masculino ☐ Femenino

Nombre completo (nombre, apellido)

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Vínculo del miembro con el titular principal de la tarjeta:

☐ Usted Mismo ☐ Cónyuge o pareja ☐ Dependiente o hijo

Certifico que:

- La información registrada en este formulario es correcta.
- El miembro anteriormente identificado es elegible para beneficios de farmacia.
- El miembro anteriormente identificado recibió los medicamentos indicados.
- 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 ocupacional? ☐ 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 principal de la tarjeta)

Nombre completo (nombre, apellido)

¿Por qué presenta este Formulario de reclamación 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 la explicación de beneficios de la compañía y un recibo detallado)
- ☐ Otra (explique) _____

*Si su plan decidió cubrir los kits de prueba casera de COVID-19, utilice este formulario para recibir el reembolso. Hay un límite de ocho pruebas rápidas en el hogar cada 30 días.

Si su plan cubre kits de prueba de embarazo en orina recetados en el hogar, utilice este formulario para pedir el reembolso. Hay un límite de dos pruebas de embarazo en el hogar cada 30 días.

Para kits de prueba de COVID-19 o embarazo en el hogar, adjunte los recibos de farmacia detallados y envíelos a la dirección que figura al reverso de este formulario. No se aceptan recibos de caja registradora.

Información de la farmacia

Nombre de la farmacia

Dirección de la farmacia

Ciudad Estado Código postal

X

Firma del farmacéutico

Número NPI de la farmacia

Información sobre reclamación de medicamentos de venta con receta*

¿Fue este un medicamento de venta con receta comprado fuera de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

Deben completarse todos los campos. (Vea un ejemplo al reverso de este formulario). Hable con su farmacéutico si necesita ayuda.

Adjunte los recibos detallados de la farmacia al reverso de este formulario.

Las reclamaciones están sujetas a los límites, exclusiones y disposiciones de su plan.

1 Número de receta

Fecha de surtido / /

Cantidad _____ Días de suministro

Nombre del medicamento _____

Número NDC

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

Médico Número NPI

Costo de la receta \$.

Saldo adeudado \$.

2 Número de receta

Fecha de surtido / /

Cantidad _____ Días de suministro

Nombre del medicamento _____

Número NDC

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

Médico Número NPI

Costo de la receta \$.

Saldo adeudado \$.

Instrucciones

1. Use un formulario de reclamación por separado para cada miembro y cada receta. Toda la información en este formulario de reclamación o anexada a este debe pertenecer a la misma persona o receta.
2. Adjunte los recibos originales detallados de la farmacia que le entregaron junto con la receta. Asegúrese de que toda la información que se le solicita esté visible (cósala a la parte superior del formulario, si fuera necesario). Nota: Su reclamación será devuelta si falta la información solicitada.

Información solicitada

- 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 recibos detallados a:

Prime Therapeutics Commercial
Apartado postal 25136
Lehigh Valley, PA 18002-5136

¿Tiene alguna pregunta?

- Puede encontrar el número en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.
- Su farmacéutico puede llamar al **866.590.3012**.

EJEMPLO

Número de receta

Fecha de surtido

Cantidad Días de suministro

Nombre del medicamento

Número NDC

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

Médico Número NPI

Costo de la receta \$

Saldo adeudado \$

¿La reclamación por medicamentos de venta con receta se refiere a un medicamento compuesto?

☐ Sí ☐ No

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

Información de compuestos

Ingresa toda la información de cada medicamento utilizado.

Recetas de compuestos

Solo para uso de la farmacia

Número NDC	Ingrediente del medicamento	Cantidad	Cargo

Recibos de recetas

Adjunte aquí los recibos originales de la farmacia desglosados.

Toda la información solicitada debe ser visible (vea las instrucciones anteriores).

Guarde una copia de este formulario y de los recibos 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 para seguro o una reclamación 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.

Prime Therapeutics LLC es una compañía independiente que ofrece soluciones de farmacia para los miembros de Blue Cross and Blue Shield of Illinois.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, una división de Health Care Service Corporation, a compañía de Mutual Legal Reserve Company, es un concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.



Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos.

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al 855-710-6984.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

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

Teléfono: 855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 855-661-6965
Fax: 855-661-6960
Correo electrónico: civilrightscoordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda con esto, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante 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:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697
Portal de quejas:
ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf
Formularios para presentar quejas:
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html

Este aviso está disponible en nuestro sitio web en espanol.bcbsil.com/legal-and-privacy/non-discrimination-notice

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 855-710-6984 (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

espanol.bcbsil.com



中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 855-710-6984（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 855-710-6984 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓક્સિડેલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। 855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'855-710-6984 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.
한국어 Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 855-710-6984(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHOOH: Diné bee yáníłt'ígogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hólq. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóo bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'í' ahoot'í'ígíí éí t'áá jiik'eh hólq. Kohjil' 855-710-6984 (TTY: 711) hodilnih doodago nika'análwo'í bich'í' hanidzihih.
Farsi فارسی	توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک ها و خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب های قابل دسترس، به طور رایگان موجود می باشند. با شماره 855-710-6984 (تله تایپ: 711) تماس بگیرید یا با ارائه دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے زبان کی مفت مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 855-710-6984 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

espanol.bcbsil.com

Blue Cross and Blue Shield of Illinois, a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association