

Prime Therapeutics

Formulario de reclamación de medicamentos de Medicare

Por favor complete cada sección de este formulario.

¿Tiene dudas sobre cómo completar este formulario?

Llame al **1-877-723-7702** TTY: **711**

siete (7) días a la semana. Nuestro centro de atención telefónica está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Envíe por correo su(s) formulario(s) de reclamación completo(s) y recibos originales y detallados de la farmacia a:

Blue Cross Community MMAISM

P.O. Box 20970

Lehigh Valley, PA 18002-0970

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre	.....
Apellido	.....
Fecha de nacimiento	____ / ____ / ____
N.º de identificación	-----
Número de teléfono	.....
Domicilio	.....
Ciudad	.....
Estado	.....
	Código postal

◀ **Su número de identificación (ID) aparece en su tarjeta de identificación como miembro.**

INFORMACIÓN DE FARMACIA/CLÍNICA/HOSPITAL

Nombre	.....
Número de teléfono	.....
NIF federal	-----
Domicilio	.....
Ciudad	.....
Estado	.....
	Código postal

◀ **El Número de identificación federal de contribuyente es un número de nueve dígitos asignado a su farmacia, clínica u hospital que le proporcionó su medicamento.**

OTRA INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD

Si usted tiene otro seguro que le ofrece beneficios de farmacia (es decir, automáticos) que cubre este medicamento, por favor envíe copias de:

1. Ambos lados de la tarjeta de su otro seguro de salud.
2. La página de la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que muestra la cantidad pagada, o la razón de por qué se le denegó la cobertura.

¿POR QUÉ ESTÁ ENVIANDO ESTA RECLAMACIÓN?

Marque cualquiera de las razones indicadas a continuación o escriba su propia razón.

- Me enfermó o me quedé sin suministro de mi medicamento mientras viajaba fuera del área de servicio de mi plan (pero aún dentro de los EE. UU.).

-
- No pude conseguir un medicamento cubierto cuando lo necesitaba porque no pude encontrar una farmacia de la red con atención las 24 horas cerca de donde me encontraba.
 - El medicamento cubierto que necesitaba no suele estar en stock en el servicio de farmacia minorista de la red (local) o con entrega a domicilio.
 - No pude usar una farmacia de la red porque fui objeto de evacuación o desplazamiento debido a un desastre o emergencia sanitaria declarada por el gobierno federal.
 - No pude elegir una farmacia de la red porque recibí el medicamento cubierto mientras me encontraba en un servicio de urgencias, clínica médica u otro ámbito ambulatorio (es decir, cirugía en el mismo día).
 - Otro motivo (explique)

INSTRUCCIONES PARA LLENAR ESTE FORMULARIO

- Las reglas en materia de pago de Medicare con vigencia en el 2020 estipulan que su médico debe:
 - a. Tener un Identificador de Proveedor Nacional (NPI, por sus siglas en inglés) válido de 10 dígitos, y
 - b. Aceptar reclamaciones de Medicare, o
 - c. Presentar formularios para demostrar que ha solicitado la aprobación de Medicare para escribir recetas.
- Utilizar un formulario de reclamación para cada miembro y cada farmacia (es decir, un miembro + dos farmacias = dos formularios. Si dos miembros usan dos farmacias cada uno = cuatro formularios).
- Si usted necesita más formularios de reclamación, visite MyPrime.com o llame al número de servicio al miembro que aparece en su tarjeta de identificación
- Es necesario que presente recibos de farmacia detallados y originales. No se aceptan: cheques cancelados o recibos que solamente muestran la cantidad abonada.
- Antes de enviar su(s) reclamación(es), asegúrese de hacer una copia de todos los formularios y recibos.

INFORMACIÓN DE RECLAMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS

Son necesarios recibos originales de la farmacia. Por favor, no los enganche a este formulario.

Los recibos deben mostrar:

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nombre de la farmacia | <input type="checkbox"/> Nombre del medicamento | <input type="checkbox"/> Cantidad | <input type="checkbox"/> Número del NDC | <input type="checkbox"/> Número de NPI |
| <input type="checkbox"/> Concentración | <input type="checkbox"/> Fecha de compra | <input type="checkbox"/> Costo del medicamento | <input type="checkbox"/> Días de suministro | <input type="checkbox"/> Número de la receta |

Debe completar todos los campos a continuación a fin de que podamos procesar su reclamación. Si necesita ayuda para encontrar la información solicitada, consulte a su farmacéutico.

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Formulario de ejemplo

Número de receta	0 0 0 0 0 6 0 1 1 4 8 1			<p><i>Su farmacéutico le puede informar los números del Código Nacional de Medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) y del Identificador de Proveedor Nacional (NPI, por sus siglas en inglés) de su médico.</i></p> <p>◀ Código Nacional de Medicamentos</p> <p>◀ Identificador de Proveedor Nacional</p>
Fecha de dispensación	1 0 / 0 1 / 2 0 2 0			
Cantidad	Suministro para 60	días de suministro	30	
Nombre del medicamento	Nombre del medicamento			
Número del NDC	0 0 1 8 6 5 0 2 2 2 8			
Número de NPI	9 2 1 5 2 4 1 1 6 3			
Costo total del medicamento	\$146,04	Cantidad que pagó	\$36.57	

Reclamación 1

Número de receta	_____			<p><i>Su farmacéutico le puede informar los números del Código Nacional de Medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) y del Identificador de Proveedor Nacional (NPI, por sus siglas en inglés) de su médico.</i></p> <p>◀ Código Nacional de Medicamentos</p> <p>◀ Identificador de Proveedor Nacional</p>
Fecha de dispensación	__ / __ / ____			
Cantidad		días de suministro		
Nombre del medicamento				
Número del NDC	_____			
Número de NPI	_____			
Costo total del medicamento		Cantidad que pagó		

Reclamación 2

Número de receta	_____			<p><i>Su farmacéutico le puede informar los números del Código Nacional de Medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) y del Identificador de Proveedor Nacional (NPI, por sus siglas en inglés) de su médico.</i></p> <p>◀ Código Nacional de Medicamentos</p> <p>◀ Identificador de Proveedor Nacional</p>
Fecha de dispensación	__ / __ / ____			
Cantidad		días de suministro		
Nombre del medicamento				
Número del NDC	_____			
Número de NPI	_____			
Costo total del medicamento		Cantidad que pagó		

INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS COMPUESTOS

Un medicamento compuesto está hecho de dos o más fármacos que se combinan. Si usted está tomando un medicamento compuesto, su farmacéutico debe introducir los números de NDC para todos los ingredientes utilizados.

Número del NDC	Ingrediente del medicamento	Cantidad	Costo

CERTIFICACIÓN DE MIEMBROS

Su firma a continuación certifica que:

- La información contenida en este formulario es correcta
- El miembro identificado arriba reúne los requisitos para beneficios de farmacia
- el miembro identificado arriba recibió el/los medicamento(s) detallados
- Estos beneficios no se han cedido; cualquier cesión adicional es nula
- Autorizo a compartir los detalles de este formulario con Prime Therapeutics LLC

Firma del miembro o del representante legal*

Fecha

* Si usted no es el miembro o el médico que le emite las recetas al miembro u otra persona que emite recetas, usted debe enviar por fax un Formulario firmado de Designación de Representante (o aviso equivalente) junto con esta solicitud. Para obtener información sobre cómo designar a un representante, consulte los materiales de beneficios de su plan o llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de seguro.

OTROS RECURSOS



1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY/TDD: 1-877-486-2048

El horario de atención de las llamadas son las 24 horas del día, los siete días de la semana, excepto los feriados federales.



Línea directa para denunciar fraudes en el seguro médico:

1-800-731-3269

TTY/TDD 1-888-967-7463

Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. hora del centro (CT).

Es un delito suministrar, a sabiendas, información falsa o presentar una reclamación fraudulenta para recibir el pago de un beneficio. Es un delito suministrar información falsa en una solicitud de seguro. Si se lo declara culpable, es posible que la persona deba hacer cualquiera o la totalidad de las siguientes acciones: devolver el dinero, pagar una multa y/o pasar tiempo en prisión.

El fraude aumenta el costo de la atención médica para todos nosotros. Si usted conoce (o sospecha) cualquier tipo de fraude

en el ámbito del seguro médico, llame a uno de los números de la línea directa mencionados anteriormente.

Usted no tiene que dar su nombre;

todas las llamadas son confidenciales.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

MyPrime es un sitio web de beneficios farmacéuticos que es de propiedad y administración de Prime Therapeutics, LLC, una compañía independiente que ofrece servicios de administración de beneficios farmacéuticos.

Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company (HCSC), licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association, ofrece la cobertura Blue Cross Community MMAI (Medicare-Medicaid Plan). HCSC es una compañía de seguros médicos que tiene contrato con Medicare e Illinois Medicaid para brindar beneficios de ambos programas a sus asegurados. La posibilidad de solicitar cobertura de la póliza de HCSC depende de la renovación del contrato.

* siete (7) días a la semana. Nuestro centro de atención telefónica está disponible de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. hora del Centro. Los fines de semana y los feriados federales, puede dejar un mensaje de voz. Si deja un mensaje, un representante de Servicios para Miembros le devolverá la llamada a más tardar el siguiente día hábil. La llamada es gratuita

10001750-J

Blue Cross and Blue Shield of Illinois cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina según raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Illinois no excluye a personas ni las trata de manera diferente según su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Illinois:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que se comuniquen de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo:
 - intérpretes de lenguaje de señas capacitados;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés (English), por ejemplo:
 - intérpretes capacitados;
 - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of Illinois no ha proporcionado estos servicios, o ha discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una inconformidad ante: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, fax: 1-855-661-6960, Civilrightscoordinator@hcsc.net. Puede presentar una inconformidad personalmente, o bien, por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, el coordinador de derechos civiles está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-723-7702 (TTY: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-877-723-7702 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-723-7702 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-723-7702 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ملحوظ: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل رقم 1-877-723-7702 (هاتفًا لصم والبكم: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-877-723-7702 (телетайп: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો ન:શુલક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-877-723-7702 (TTY: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-877-723-7702 (TTY: 711)۔

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-877-723-7702 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-877-723-7702 (ATS : 711).

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-877-723-7702 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-877-723-7702 (TTY: 711).