

Formulario de reclamo de medicamentos recetados



BlueCross BlueShield
of North Carolina

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

Certi co que:

- La información contenida en este formulario es correcta.
- El miembro identi cado arriba es elegible para bene cios farmacéuticos.
- El miembro identi cado arriba recibió el/los medicamento(s) detallado(s).
- Estos bene cios 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 a rmativo, ¿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 bene cios de la compañía y un comprobante detallado).
- ☐ Otra opción (explicar) _____

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 Identi cador del proveedor nacional [NPI]).

Número de 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 Identi cador del proveedor nacional [NPI]).

Número de 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
- Precio total
- 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

¿Tiene alguna duda?

- Puede encontrar el número en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro
 - Su farmacéutico puede llamar al 888.274.5186
3. Envíe este formulario completo con los comprobantes detallados a:
Prime Therapeutics (Commercial)
Mail route BCBSNC
PO 25136
Lehigh Valley, PA 18002-5136

EJEMPLO

Número de receta

Fecha de dispensación

Cantidad Días de suministro

Nombre del medicamento
"Nombre del medicamento"

Número de NDC
(Su farmacéutico puede proporcionar los números del Código nacional de medicamentos [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 para seguro o una 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.

Los nombres y los símbolos de Blue Cross® Blue Shield® son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association. Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (BCBSNC) es una licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association.

Prime Therapeutics LLC es una compañía independiente elegida por BCBSNC para administrar su beneficio de medicamentos recetados.