

formulario de reclamación por medicamentos recetados



BlueCross BlueShield
of New Mexico

Información del miembro

Número de identificación

Nombre del 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 Dependiente

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.
- Estos beneficios no han sido asignados; cualquier asignación posterior será nula.
- 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 (asegurado principal)

Nombre completo (nombre, apellido)

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

- No llevaba mi tarjeta de farmacia.
- 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

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 \$.

Saldo adeudado \$.

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 \$.

Saldo adeudado \$.

Información de la farmacia/receta

- 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.
- Adjunte los comprobantes detallados de la farmacia de su bolsa de medicamentos. 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
- Cantidad
- Nombre y dirección de la farmacia
- Cargo total
- Número de receta médica
- Nombre del medicamento y número del NDC
- Número NPI del médico
- Fecha de dispensación
- Días de suministro

¿Tiene preguntas o necesita ayuda en otro idioma o en otro formato?

- Puede llamar al Departamento de Servicios al Miembro al 888.657.1211
 - Su farmacéutico puede llamar al 888.274.5218
- Envíe este formulario completo con los comprobantes detallados a:
 Prime Therapeutics
 Mail Route: Prime—GP Medicaid
 P.O. Box 25137
 Lehigh Valley, PA 18002-5137

EJEMPLO

Número de receta médica

Fecha de dispensación / /

Cantidad Días de suministro

Nombre del medicamento "Nombre del medicamento"

Número del NDC
 (El farmacéutico puede proporcionar los números del Código nacional del medicamento (NDC) e Identificador del proveedor nacional (NPI)).

Número NPI

Costo de la receta \$.

Saldo adeudado \$.

¿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 un 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®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas registradas de servicio de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross Blue Shield.

Prime Therapeutics LLC es una empresa independiente de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico y es el gestor de servicios de administración de beneficios de farmacia para el plan de Blue Cross Community Centennial.

Blue Cross and Blue Shield of New México, una división de Health Care Service Corporation, una compañía mutua de reserva legal, un licenciario independiente de Blue Cross y Blue Shield Association. Estos servicios son financiados en parte con el estado de New México.

Para obtener asistencia y servicios auxiliares, o materiales en formatos alternativos u otros idiomas sin costo, llame al 1-866-689-1523 (TTY/TDD: 7-1-1).

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Civil Rights Coordinator.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: 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@hsc.net. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

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)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <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 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yániłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (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 1-855-710-6984 (TTY: 711)。

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (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 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

هجوت: رگا هب نابز يسراف وگتفگ يم دينک، تلايهست ي نابز هب تروص ناگيار يارب امش مهارف يم دشاب. اب 1-855-710-6984 (TTY: 711) سامت ديريبگب.

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-710-6984 (TTY: 711).