

Formulario de Reclamación por Medicamentos Recetados



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
- Nombre del medicamento y número del NDC
- Cantidad
- Número NPI del médico
- Nombre y dirección de la farmacia
- Fecha de dispensación
- Cargo total
- Días de suministro
- Número de receta médica

¿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 compañía aparte y es el coordinador de beneficios farmacéuticos para Blue Cross and Blue Shield of New Mexico.

3272 NM MCD SP © Prime Therapeutics LLC 09/17

To ask for auxiliary aids and services or materials in other formats and languages at no cost, please call **1-866-689-1523** (TTY/TDD: **711**).

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of health status or need for services or race, color, national origin, age, disability, sex, ancestry, spousal affiliation, sexual orientation and/or gender identity. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico does not exclude people or treat them differently because of health status or need for services or race, color, national origin, age, disability, sex, ancestry, spousal affiliation, sexual orientation and/or gender identity.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats and more)
- Free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact the Civil Rights Coordinator.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of New Mexico has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of health status or need for services or race, color, national origin, age, disability, sex, ancestry, spousal affiliation, sexual orientation and/or gender identity, you can file a grievance with: 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** or Fax: **1-855-661-6960**

You can file a grievance in person, by mail or fax. If you need help filing a grievance, a Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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

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

Complaint forms are available at <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>.

Para solicitar ayuda y servicios auxiliares o materiales en otros formatos e idiomas de manera gratuita, llame al **1-866-689-1523** (TTY/TDD: **711**).

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de estado de salud o necesidad de servicios médicos o raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, afiliación conyugal, orientación sexual o identidad de género. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no excluye a las personas ni las trata de manera diferente según su estado de salud o necesidad de servicios médicos o raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, afiliación conyugal, orientación sexual o identidad de género.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico proporciona:

- asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - intérpretes capacitados en lenguaje de señas;
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - 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 New Mexico no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de alguna otra manera por motivos de estado de salud o necesidad de servicios médicos o raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, afiliación conyugal, orientación sexual o identidad de género, 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**. Puede presentar una inconformidad en persona o por correo postal o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, un coordinador de derechos civiles estará a su disposición.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de 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 por correo postal o 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, 1-800-537-7697 (TDD).

Formularios para presentar quejas disponibles en <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>.

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 yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojì' hódííłnih 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।

هجووت: 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 دير يگب.

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