

Formulario de reembolso por medicamentos recetados de la Parte D de Medicare

Instrucciones

Para evitar demoras innecesarias, complete todos los pasos obligatorios (*) que se indican en el formulario de reclamación. Nota: Presentar una reclamación no garantiza el pago.

Paso 1: Razón de la reclamación

Use las casillas para indicar la razón de la reclamación.

Paso 2: Información del miembro*

- **Asegúrese de tener su tarjeta de identificación de Blue Shield of California Promise Health Plan antes de presentar este formulario de reembolso.**
- **No procesaremos las reclamaciones que no tengan el número de identificación correspondiente de su tarjeta de identificación de Blue Shield of California Promise Health Plan.**
- Copie las últimas nueve letras y dígitos del número de identificación de miembro que aparece en su tarjeta de identificación de Blue Shield of California Promise Health Plan.
- Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono del miembro.
- Nombre del paciente: Indique el nombre de la persona a la que se le recetó el medicamento.
- Fecha de nacimiento del paciente: Indique el mes, el día y el año.
- Sexo del paciente: Indique si es masculino o femenino.
- Relación: Indique la relación entre el paciente y el miembro. Si selecciona la opción "otro", especifique el tipo de relación.
- **Presente un formulario de reclamación separado para cada familiar.**
- **Las reclamaciones deben presentarse en el período de un año después de la fecha en que se surtió la receta.**

Si necesita ayuda para completar este formulario o si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de farmacia, llame al número del Departamento de Servicio para Miembros que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield of California Promise Health Plan.

Paso 3: Información de la farmacia*

- Nombre, dirección y número de teléfono de la farmacia donde se compraron los medicamentos recetados.
- **Identificación de la farmacia (NCPDP/NPI):** Pídale este número al personal de la farmacia donde compró los medicamentos recetados.
- En el espacio que hay en el formulario, pegue con cinta adhesiva una copia de los recibos de la farmacia. Los recibos deben incluir **la fecha en la que se brindó el servicio, el nombre y la identificación de proveedor nacional (NPI, por sus siglas en inglés) del médico que recetó los medicamentos, el número de receta, el número del código nacional de medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés), la cantidad de medicamento, el suministro (para cuántos días) y la cantidad que pagó.** Si las reclamaciones son por medicamentos que se compraron en el extranjero, indique la moneda que se usó.
- En el caso de los medicamentos que son preparados por la farmacia, el farmacéutico debe completar y firmar las secciones "**Medicamentos preparados por la farmacia**" y "**Medicamentos preparados**" en la página 1 de este formulario.
- Use un formulario de reclamación separado para cada una de las farmacias donde haya comprado medicamentos recetados.

Paso 4: Complete y firme el formulario.

- **Guarde una copia de sus recibos.**
- **Controle que todos los datos sean correctos y firme el formulario.**

Paso 1: Razón por la que presenta la reclamación*

- Compró más medicamentos de los que cubre su plan porque necesitaba un suministro para sus vacaciones.
- La autorización previa se aprobó después de que compró sus medicamentos.
- La farmacia no pudo procesar su receta en línea porque el sistema no estaba disponible.
- Reclamaciones por compras en el extranjero: Incluya el recibo de los medicamentos recetados que compró donde aparece el nombre de los medicamentos y la moneda extranjera que usó.
- No tenía su identificación de Blue Shield of California Promise Health Plan cuando compró sus medicamentos.
- No usó una farmacia de la red de farmacias de Blue Shield of California Promise Health Plan.
- La farmacia preparó el medicamento especialmente para usted.
- Otra razón: _____

Envíe la reclamación a:
SS&C Health Solutions
P.O. Box 419019
For Medicare: Dept. 780
Kansas City, MO 64141

Paso 2: Información del miembro* (debe ser completada por el miembro)

Nombre del miembro

Dirección

Ciudad

Teléfono

 / /

Fecha de nacimiento

Sexo: Masculino Femenino

Estado

Código postal

N.º de identificación de miembro

Relación:

Yo mismo Cónyuge Hijo Otro:

Explicar relación _____

Paso 3: Información de la farmacia* (debe ser completada por usted o por el farmacéutico)

Nombre de la farmacia

Dirección

Ciudad

Teléfono de la farmacia

Estado

Código postal

Identificación de la farmacia (NCPDP/NPI)

Medicamento n.º 1	Medicamento n.º 2	Medicamento n.º 3
<p>Pegue con cinta adhesiva el recibo de la farmacia (el recibo debe incluir todos los datos que se indican en negrita en el Paso 3: Información de la farmacia que está en la primera página de este formulario)</p>	<p>Pegue con cinta adhesiva el recibo de la farmacia (el recibo debe incluir todos los datos que se indican en negrita en el Paso 3: Información de la farmacia que está en la primera página de este formulario)</p>	<p>Pegue con cinta adhesiva el recibo de la farmacia (el recibo debe incluir todos los datos que se indican en negrita en el Paso 3: Información de la farmacia que está en la primera página de este formulario)</p>

<p>Medicamentos preparados por la farmacia</p>	<p>Medicamentos preparados: El farmacéutico debe identificar los medicamentos específicos con la fecha en la que se brindó el servicio y el número de receta. En el cuadro de la izquierda, indique los nombres de todos los medicamentos, el nombre y la NPI del médico que recetó los medicamentos, todos los números de NDC, el costo por ingrediente, la cantidad de cada ingrediente (en sistema métrico), la cantidad total que pagó y la tarifa por preparación (si corresponde).</p>
---	---

Firma del farmacéutico

Fecha

Paso 4:
Al firmar este formulario, certifico que recibí los medicamentos recetados indicados en el Paso 3, por los cuales pido el reembolso. He leído y entendido este formulario, y toda la información incluida en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del paciente, tutor o representante legal

Fecha

Blue Shield of California Promise Health Plan complies with applicable state and federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age or disability.

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes estatales y las leyes federales de derechos civiles vigentes, y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad ni discapacidad.

Blue Shield of California Promise Health Plan 遵循適用的州法律和聯邦公民權利法律，並且不以種族、膚色、原國籍、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡或殘障為由而進行歧視。