

Formulario de Reclamación de Reembolso de Medicamentos Recetados

¡Importante!



- Siempre espere hasta 30 días desde recibida la respuesta para dar tiempo a procesar y enviar la reclamación.
- Guarde una copia de todos los documentos enviados para sus expedientes.
- No engrape recibos ni adjuntos a este formulario.
- Reembolso no garantizado; otros contratistas revisarán la reclamación según limitaciones, exclusiones y disposiciones del plan.

PASO 1 Información del portador de la tarjeta/paciente

Esta sección debe completarse por completo para asegurar el reembolso apropiado de su reclamación.

Información del portador de la tarjeta

Número de id. (consulte su tarjeta de ID)

Número de grupo/Nombre del grupo

Apellido

Nombre

Inic. 2º nombre

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

País

Información del paciente: Use un formulario de reclamación separado para cada paciente

Apellido

Nombre

Inic. 2º nombre

Fecha de nacimiento

Masculino

Femenino

Número de teléfono

Relación con el miembro principal

Miembro

Cónyuge

Hijo

Otro

Información de la farmacia

Nombre de la farmacia

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

REQUERIDO: Marque la casilla apropiada para presentar una reclamación en papel. La reclamación será devuelta si está incompleta. (adjunte los recibos o facturas detalladas en otra hoja de papel)

La razón por la que lleno este formulario es:

- Alergia/Clínica alérgica
- La farmacia no acepta el seguro
- Compuesto
- No tengo cobertura de seguro en este momento
- Otra—explique la razón abajo

El medicamento fue comprado fuera de los Estados Unidos (adjunte los recibos o facturas detalladas en otra hoja de papel)

INDIQUE:

País: _____

Divisa usada: _____

Otra información de seguro

Coordinación de Beneficios (COB)

¿Algunos de estos medicamentos se toman para una lesión ocurrida en el trabajo?

SÍ NO

¿El medicamento está cubierto bajo cualquier otro seguro grupal?

SÍ NO

De ser así, la otra cobertura es:

PRIMARIA SECUNDARIA

PARTE D DE MEDICARE

Si la otra cobertura es PRIMARIA, incluya la explicación de beneficios (EOB) con este formulario.

Nombre de la compañía de seguros:

N.º: _____

Información de la farmacia (Cont.)

Número de teléfono

¿Es esta una farmacia ubicada en un asilo de ancianos?

SÍ NO

NCPDP/NPI

X

Firma del Farmacéutico o Representante

¡Importante! Se REQUIERE de firma

AVISO

Cualquier persona que, a sabiendas de lo que hace y con la intención de defraudar, lesionar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una reclamación o solicitud que contenga información materialmente falsa, engañosa, incompleta o errónea en relación con dicha reclamación, podría estar cometiendo un acto de fraude de seguros, el cual es un delito, y dicha persona puede estar expuesta a penalidades criminales o civiles, incluyendo multas, rechazo de beneficios y/o encarcelamiento.

Para su protección, la legislación de California exige que lo siguiente figure en este formulario: Todo aquel que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o reformar una cobertura de seguro o para una reclamación de pago por un siniestro es culpable de delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en una prisión estatal. Certifico que yo (o mi dependiente elegible) hemos recibido el medicamento aquí descrito.

Certifico que he leído y entiendo este formulario, y que toda la información en este formulario es cierta y correcta.

X

Firma del paciente (REQUERIDA)

Fecha

PASO 2 Requisitos de envío

Usted DEBE incluir todos los recibos originales de la "farmacia" para que su reclamación sea procesada. La información mínima que debe estar incluida en sus recibos está a continuación:

- Nombre del paciente
- Fecha de despacho
- Suministro de días para su medicamento (pídale al farmacéutico la información del "suministro de días")
- Nombre y dirección de la farmacia o número NCPDP de la farmacia
- Número de receta
- Cantidad métrica
- Número de medicina NDC
- Cargo total

Número de recetas que presenta para el reembolso: _____

Número NPI (Identificación Nacional del Proveedor) válido del Médico Recetante (obligatorio): _____

Información del médico recetante (completar todos los campos): _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____

Comentarios adicionales: _____

PASO 3

Envíe los formularios completos con los recibos a:

Blue Shield of California
P.O. Box 52066 Phoenix, Arizona
85072-2066

RECORDATORIO IMPORTANTE: Para no tener que presentar un formulario de reclamación en papel:

- Tenga su tarjeta de ID disponible al momento de la compra.
- Use medicamentos de su lista del formulario.
- Siempre use farmacias dentro de su red.
- Si hay problemas en la farmacia, llame al número al dorso de su tarjeta de ID.

Su privacidad es importante para nosotros. Nuestros empleados están capacitados sobre la forma apropiada de manipular su información privada de salud.

106-49669BCSASP 012924

Información de reclamación de la receta

Medicamento 1	Número de receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/AA) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (\$ monto) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número NIP del profesional que emite la receta <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad de medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Medicamento 2	Número de receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/AA) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (\$ monto) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número NIP del profesional que emite la receta <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad de medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Medicamento 3	Número de receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/AA) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (\$ monto) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número NIP del profesional que emite la receta <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad de medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Medicamento 4	Número de receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/AA) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (\$ monto) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número NIP del profesional que emite la receta <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad de medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Medicamento 5	Número de receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/AA) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (\$ monto) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número NIP del profesional que emite la receta <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad de medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Medicamento 6	Número de receta (Rx) <input type="text"/> <input type="text"/>	Nombre del medicamento <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Código Nacional de Medicamento (Número NDC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de despacho (MM/DD/AA) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Total pagado (\$ monto) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Número NIP del profesional que emite la receta <input type="text"/> <input type="text"/>	Cantidad de medicamento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Días de suministro <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Información de reclamación por alergias

Alergia 1

Fecha de compra (MM/DD/AA)

Cantidad de tratamientos

Monodosis Multidosis

La ampolla contiene

Antígeno sencillo
Multiantígeno

Instrucciones

Ingredientes

Cantidad de ampollas

Días de suministro

Administrado por

Médico
Enfermero
El propio paciente

Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en el consultorio. (Monto en \$)

Cargo por preparación de extracto de alérgico en un lugar distinto al del consultorio. (Monto en \$)

Cargo total solamente por extracto de alérgico. (Monto en \$)

Alergia 2

Fecha de compra (MM/DD/AA)

Cantidad de tratamientos

Monodosis Multidosis

La ampolla contiene

Antígeno sencillo
Multiantígeno

Instrucciones

Ingredientes

Cantidad de ampollas

Días de suministro

Administrado por

Médico
Enfermero
El propio paciente

Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en el consultorio. (Monto en \$)

Cargo por preparación de extracto de alérgico en un lugar distinto al del consultorio. (Monto en \$)

Cargo total solamente por extracto de alérgico. (Monto en \$)

Alergia 3

Fecha de compra (MM/DD/AA)

Cantidad de tratamientos

Monodosis Multidosis

La ampolla contiene

Antígeno sencillo
Multiantígeno

Instrucciones

Ingredientes

Cantidad de ampollas

Días de suministro

Administrado por

Médico
Enfermero
El propio paciente

Cargo por tratamiento de inmunoterapia profesional en el consultorio. (Monto en \$)

Cargo por preparación de extracto de alérgico en un lugar distinto al del consultorio. (Monto en \$)

Cargo total solamente por extracto de alérgico. (Monto en \$)