

Formulario de reclamación por medicamentos recetados



Información del miembro (Vea el reverso para obtener instrucciones)

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.
- 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)

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. (No es aceptable un recibo de pago.)

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).)

Costo de la receta \$.

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).)

Costo de la receta \$.

Instrucciones

- 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
- Número de identificación
- Número de grupo
- Fecha de nacimiento
- Nombre y dirección de la farmacia
- Cargo total
- Nombre del medicamento y número del NDC
- Cantidad
- Fecha de dispensación
- Número de receta médica
- Días de suministro
- Toda la información del compuesto del medicamento (si corresponde)

¿Preguntas?

- Puede llamar al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro
- Guarde una copia de esta forma y de los recibos de farmacia para sus registros. Envíe el formulario y los recibos de farmacia originales a:

Prime Therapeutics
 Mail route: Commercial
 PO Box 25136
 Lehigh Valley, PA 18002-5136

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).)

Costo de la receta \$.

¿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.

Prime Therapeutics LLC es una compañía independiente que proporciona servicios de administración de beneficios de farmacia.

Non-Discrimination and Accessibility Notice

Discrimination is Against the Law

- Blue Cross and Blue Shield of North Carolina (“BCBSNC”) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.
- BCBSNC does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

BCBSNC:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides 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 Customer Service **1-888-206-4697**, TTY and TDD, call **1-800-442-7028**.
- If you believe that BCBSNC has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:
 - BCBSNC, PO Box 2291, Durham, NC 27702, Attention: Civil Rights Coordinator- Privacy, Ethics & Corporate Policy Office, Telephone **919-765-1663**, Fax **919-287-5613**, TTY **1-888-291-1783** civilrightscordinator@bcbsnc.com
- You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Civil Rights Coordinator - Privacy, Ethics & Corporate Policy Office 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**, **800-537-7697** (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- This Notice and/or attachments may have important information about your application or coverage through BCBSNC. Look for key dates. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call Customer Service **1-888-206-4697**.

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

注意: 如果您講廣東話或普通話，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-206-4697 (TTY : 1-800-442-7028)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028)번으로 전화해 주십시오.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-206-4697 (ATS : 1-800-442-7028).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-206-4697. المبرقة الكاتبة: 1-800-442-7028.

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-206-4697 (телетайп: 1-800-442-7028).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:સુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

ចំណាំ: ប្រសិនបើលោកអ្នកនិយាយជាភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនសម្រាប់លោកអ្នកដោយមិនគិតថ្លៃ។ សូមទំនាក់ទំនងតាមរយៈលេខ៖ 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028)។

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

ध्यान दें: यदि आप हिन्दी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028) पर कॉल करें।

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028).

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。1-888-206-4697 (TTY: 1-800-442-7028) まで、お電話にてご連絡ください。