

Importante:



Formulario de Reclamación de Reembolso de Medicamentos Recetados

- Siempre deje pasar hasta 30 días desde el momento que reciba la respuesta para dar tiempo para el envío por correo además del procesamiento de la reclamación
- Guarde una copia de todos los documentos enviados para sus expedientes
- No engrape los recibos o adjuntos a este formulario
- No se garantiza el reembolso, y es posible que el reembolso no sea igual al monto pagado
- Debe presentar las reclamaciones en un plazo de 1 año de la fecha de compra o según lo requiera su 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 identificación (consulte su tarjeta de identificación del miembro)

Número de grupo/Nombre del grupo

Apellido

Nombre

Inicial del segundo nombre

Dirección

Dirección 2

Ciudad

Estado

Código postal

País

Información del paciente: Utilice un formulario de reclamación diferente para cada paciente

Apellido

Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento

Masculino

Femenino

Número de teléfono

Relación con el miembro principal

Miembro

Cónyuge

Hijo

Otro

Información de la farmacia: Utilice un formulario de reclamación diferente para cada 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 con cinta adhesiva en otra hoja)

La razón por la que lleno este formulario es:

- La farmacia no acepta la reclamación
- Compuesto
- No tengo cobertura de seguro en este momento
- Otra: explique la razón abajo

INDIQUE:

Estado: _____

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

Si la respuesta es SÍ, la otra cobertura es:

PRIMARIA SECUNDARIA

PARTE D DE MEDICARE

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

Nombre de la compañía de seguros:

Núm. de identificación: _____

Información de la farmacia: Continuación

Número de teléfono

¿Es esta una farmacia ubicada en un asilo de ancianos? **SÍ** **NO**

NCPDP/NPI Requerido

X

Firma del Farmacéutico o Representante (REQUERIDA)

¡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.

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 Participante del Plan (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 del Consejo Nacional para Programas de Medicamentos Recetados (NCPDP) de la farmacia
- Número de receta
- Cantidad y tipo de medicamento (p. ej., 4 tabletas)
- Código Nacional de Medicamentos (NDC)
- Cargo total

Se requiere un número de identificación nacional de proveedor (NPI) válido del Médico Recetante: _____

Información del médico recetante:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Comentarios adicionales: _____

PASO 3 Envíe los formularios completos con los recibos a:

Claims Department
P. O. Box 52065
Phoenix, AZ 85072-2065

0

Envíe por fax los formularios completos con los recibos a:

Fax: 401-404-6344

RECORDATORIO IMPORTANTE: Para evitar tener que presentar un formulario de reclamación en papel:

- Tenga su tarjeta de identificación disponible al momento de la compra
- Use medicamentos de su lista del formulario
- Si hay problemas en la farmacia, llame al número al dorso de su tarjeta de identificación
- Siempre use farmacias dentro de su red
- Regrese a la farmacia para solicitar que se vuelva a procesar la reclamación y obtener un reembolso

Servicios prestados por CarelonRx, Inc.
106-MTMRX14423-STANDARD-040819
1074103KSMSPHBL 07/24

Healthy Blue es el nombre comercial de Community Care Health Plan of Kansas, Inc. Licenciario independiente Blue Cross and Blue Shield Association.