



Formulario de reclamación para el reembolso de medicamentos recetados

Importante

- Si se aprueba su reclamación, es posible que reciba un cheque de reembolso entre cuatro y seis semanas después de que hayamos recibido su reclamación.
- Guarde una copia de todos los documentos enviados para sus registros.
- No engrape recibos o adjuntos a este formulario.
- El reembolso no está garantizado; además, es posible que sus reclamaciones estén sujetas a limitaciones, exclusiones y disposiciones del plan.

Paso 1 Información del suscriptor/dependiente

Esta sección debe completarse en su totalidad para garantizar el reembolso correcto de su reclamación.

Información del titular de la tarjeta

N.º de identificación (vea su tarjeta de identificación de medicamentos recetados)

Número de grupo/Nombre del grupo

Apellido

Primer nombre

 (Inicial del 2.º)

- Dirección
-
- Dirección 2
-

Ciudad

Estado

Código postal

País

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

Apellido

Primer nombre

 (Inicial del 2.º) / / / / /

Fecha de nacimiento

Masculino

Femenino

No binario

Código de área y
número de teléfono

Relación con el miembro primario

Miembro Cónyuge Hijo/a Otra Si contesta "Otra", explique:

Información de la farmacia

Nombre de la farmacia

Dirección

Ciudad Estado Código postal

 _____ _____

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

Obligatorio: Marque la casilla correspondiente para enviar una reclamación en papel. (Adjunte los recibos y/o las facturas detalladas en otra hoja).

Los motivos por los que se envía este formulario son los siguientes:

- Gasto relacionado con una clínica de alergias/alérgenos.
 La farmacia no acepta el seguro.
 Medicamento compuesto.
 No tengo cobertura de seguro en este momento.
 Otro; explique el motivo abajo:

- El medicamento se compró fuera de los Estados Unidos (adjunte los recibos y/o las facturas detalladas en otra hoja).

Indique lo siguiente:

País _____

Moneda que se usó: _____

Información de otro seguro

Coordinación de beneficios (COB, por sus siglas en inglés)

¿Toma alguno de estos medicamentos por una lesión ocurrida en el trabajo? Sí No

¿El medicamento está cubierto por algún otro seguro grupal? Sí No

Si contesta "Sí", es otra cobertura:

Primaria Secundaria

Nombre de la compañía aseguradora:

N.º de identificación: _____

Información de la farmacia (continuación)

Número de teléfono

¿Es una farmacia que está dentro de un hogar de ancianos?

Sí No

Tipo de servicio de la farmacia _____

X

Firma del farmacéutico o representante (**OBLIGATORIA**)

Importante: La firma es OBLIGATORIA

AVISO

Toda persona que, con conocimiento y con la intención de estafar, perjudicar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una reclamación o una solicitud que contenga información materialmente falsa, engañosa, incompleta o errónea en relación con esa reclamación, puede estar cometiendo un acto de fraude de seguros, que es un delito, y esa persona puede estar sujeta a sanciones penales o civiles, que incluyen multas, rechazo de beneficios y/o encarcelamiento.

Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario: Toda persona que, con conocimiento, presente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para hacer una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a la reclusión en una prisión estatal.

Certifico que yo (o mi dependiente elegible) he/ha recibido el medicamento que se detalla en este documento. Certifico que he leído y entendido este formulario, y que toda la información incluida en él es verdadera y correcta.

X

Firma del paciente (**OBLIGATORIA**)

Fecha _____

Paso 2 Requisitos de envío

DEBE incluir todos los recibos originales relacionados con la farmacia para que se procese su reclamación. La información mínima que debe estar incluida en sus recibos de la farmacia es la siguiente:

- Nombre del paciente • Número de receta • Número del Código Nacional de Medicamentos
- Fecha de entrega • Cantidad métrica (NDC, por sus siglas en inglés) del medicamento
- Cargo total
- Días de suministro para su medicamento recetado (debe pedirle esta información a su farmacéutico)
- Nombre y dirección de la farmacia o número de NCPDP de la farmacia

Unidad de entrega para medicamentos compuestos _____

Cantidad de medicamentos recetados que presenta para su reembolso _____

N.º de identificación de proveedor nacional (NPI) del médico que hizo la receta (obligatorio) _____

Información del médico que hizo la receta (todos los campos son obligatorios)

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal _____

Teléfono _____

Comentarios adicionales _____

Paso 3 Envíe los formularios completos con los recibos a:

Claims Processing*

1606 Avenue Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

*Su reclamación será procesada por Abarca Health, que tiene un contrato con Blue Shield of California para procesar reclamaciones de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

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

- Tenga siempre disponible su tarjeta de identificación de miembro al momento de la compra.
- Use medicamentos incluidos en el formulario de su plan.
- Use siempre farmacias dentro de la red de su plan.
- Si tiene algún problema en la farmacia, llame al número de Servicio al Cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro.

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

Información de las reclamaciones de los medicamentos recetados

Medicamento recetado 1	Nombre del medicamento		
	Número de receta	Fecha en que se hizo (MM/DD/AAAA)	Fecha en que se entregó (MM/DD/AAAA)
	Código nacional del medicamento (número NDC)	Cantidad de suministros autorizados	Número de suministro
	Cantidad total pagada (\$)	Cantidad del medicamento	Días de suministro
Medicamento recetado 2	Nombre del medicamento		
	Número de receta	Fecha en que se hizo (MM/DD/AAAA)	Fecha en que se entregó (MM/DD/AAAA)
	Código nacional del medicamento (número NDC)	Cantidad de suministros autorizados	Número de suministro
	Cantidad total pagada (\$)	Cantidad del medicamento	Días de suministro
Medicamento recetado 3	Nombre del medicamento		
	Número de receta	Fecha en que se hizo (MM/DD/AAAA)	Fecha en que se entregó (MM/DD/AAAA)
	Código nacional del medicamento (número NDC)	Cantidad de suministros autorizados	Número de suministro
	Cantidad total pagada (\$)	Cantidad del medicamento	Días de suministro
Medicamento recetado 4	Nombre del medicamento		
	Número de receta	Fecha en que se hizo (MM/DD/AAAA)	Fecha en que se entregó (MM/DD/AAAA)
	Código nacional del medicamento (número NDC)	Cantidad de suministros autorizados	Número de suministro
	Cantidad total pagada (\$)	Cantidad del medicamento	Días de suministro
Medicamento recetado 5	Nombre del medicamento		
	Número de receta	Fecha en que se hizo (MM/DD/AAAA)	Fecha en que se entregó (MM/DD/AAAA)
	Código nacional del medicamento (número NDC)	Cantidad de suministros autorizados	Número de suministro
	Cantidad total pagada (\$)	Cantidad del medicamento	Días de suministro
Medicamento recetado 6	Nombre del medicamento		
	Número de receta	Fecha en que se hizo (MM/DD/AAAA)	Fecha en que se entregó (MM/DD/AAAA)
	Código nacional del medicamento (número NDC)	Cantidad de suministros autorizados	Número de suministro
	Cantidad total pagada (\$)	Cantidad del medicamento	Días de suministro