

Prime Therapeutics

Formulario de reclamo de Medicare

Complete cada sección de este formulario.

¿Tiene dudas sobre cómo completar este formulario?

Llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de seguro.

Envíe por correo su(s) formulario(s) de reclamo completo(s) y recibos originales y detallados de la farmacia a:

Medicare Claims

P.O. Box 20970

Lehigh Valley, PA 18002-0970

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre _____
Apellido _____
Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
N.º de identificación _____
N.º de teléfono _____
Domicilio _____
Ciudad _____
Estado _____ CÓDIGO POSTAL _____

◀ Su número de identificación (ID) aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

INFORMACIÓN DE FARMACIA/CLÍNICA/HOSPITAL

Nombre _____
N.º de teléfono _____
Domicilio _____
Ciudad _____
Estado _____ CÓDIGO POSTAL _____

OTRA INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

Si tiene otro seguro de beneficios farmacéuticos (por ejemplo, de automóvil) que cubra este medicamento o producto, envíe copias de:

1. Ambos lados de la tarjeta de su otro seguro médico.
2. La página de la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que muestra el monto pagado, o el motivo por el que se le denegó la cobertura.

¿POR QUÉ ESTÁ ENVIANDO ESTE RECLAMO?

Marque cualquiera de los motivos indicados a continuación o escriba su propio motivo.

- ☐ No pude elegir una farmacia de la red porque recibí el producto o medicamento con cobertura mientras estaba en un departamento de emergencias, una clínica médica u otro entorno ambulatorio (por ejemplo: la autoadministración del medicamento para una cirugía en el mismo día).

Continúe en la página siguiente.

-
- ☐ Me enfermé o me quedé sin suministro de mi medicamento mientras viajaba fuera del área de servicio de mi plan (pero aún dentro de los EE. UU.).
 - ☐ No pude conseguir un medicamento/producto cubierto cuando lo necesitaba porque no pude encontrar una farmacia de la red con atención las 24 horas cerca de donde me encontraba.
 - ☐ El medicamento/producto cubierto que necesitaba no suele estar en stock en el servicio de farmacia minorista de la red (local) o con entrega a domicilio.
 - ☐ No pude usar una farmacia de la red porque fui objeto de evacuación o desplazamiento debido a un desastre o una emergencia sanitaria declarada por el gobierno federal.
 - ☐ Otro motivo (explique).

INSTRUCCIONES PARA LLENAR ESTE FORMULARIO

- Utilizar un formulario de reclamo para cada miembro y cada farmacia/clínica/hospital
Por ejemplo:
 - Un asegurado + dos farmacias = dos formularios.
 - Un asegurado con varios medicamentos recibidos en la misma fecha o durante la misma estadía en el hospital = un formulario.
- Al enviar un reclamo de farmacia, clínica u hospital con varios medicamentos, adjunte el estado de facturación
- Los recibos o las facturas de la farmacia, clínica u hospital son obligatorios. No se aceptan: cheques cancelados o recibos que solamente muestran el monto abonado.
- Antes de enviar su(s) reclamo(s), asegúrese de hacer una copia de todos los formularios y recibos.

INFORMACIÓN DEL RECLAMO

Se requieren recibos o facturas originales de farmacia y pueden adjuntarse como documentos separados. No los engrape a este formulario.

Los recibos deben mostrar:

- | | | | | |
|---|--|---|---|---|
| ☐ Nombre de la farmacia/clínica/hospital | ☐ Nombre del medicamento/producto | ☐ Cantidad | ☐ Número del NDC | ☐ Número del NPI |
| ☐ Concentración | ☐ Fecha de compra | ☐ Costo del medicamento/producto | ☐ Días de suministro | |

Debe completar todos los campos de la página siguiente a fin de que podamos procesar su reclamo. Si necesita ayuda para encontrar la información solicitada, consulte a su farmacéutico.

FORMULARIO DE RECLAMO

Ejemplo de reclamación

Fecha de dispensación	10 / 01 / 2020	Su farmacéutico/proveedor de atención		
Cantidad	60	Días de suministro	30	médica le puede informar los números
Nombre del medicamento/producto	Nombre del medicamento/producto			del Código Nacional de Medicamentos
Número del NDC	00186502228			(NDC) y del Identificador de Proveedor
Número del NPI	9215241163			Nacional (NPI) de su médico.
Costo total del medicamento/producto	\$146,04	Monto que pagó	\$36,57	

Reclamo 1

Fecha de dispensación	___ / ___ / _____	Su farmacéutico/proveedor de atención		
Cantidad		Días de suministro		médica le puede informar los números
Nombre del medicamento/producto				del Código Nacional de Medicamentos
Número del NDC				(NDC) y del Identificador de Proveedor
Número del NPI				Nacional (NPI) de su médico.
Costo total del medicamento/producto		Monto que pagó		

Reclamo 2

Fecha de dispensación	___ / ___ / _____	Su farmacéutico/proveedor de atención		
Cantidad		Días de suministro		médica le puede informar los números
Nombre del medicamento/producto				del Código Nacional de Medicamentos
Número del NDC				(NDC) y del Identificador de Proveedor
Número del NPI				Nacional (NPI) de su médico.
Costo total del medicamento/producto		Monto que pagó		

Reclamo 3

Fecha de dispensación	___ / ___ / _____	Su farmacéutico/proveedor de atención		
Cantidad		Días de suministro		médica le puede informar los números
Nombre del medicamento/producto				del Código Nacional de Medicamentos
Número del NDC				(NDC) y del Identificador de Proveedor
Número del NPI				Nacional (NPI) de su médico.
Costo total del medicamento/producto		Monto que pagó		

Reclamo 4

Fecha de dispensación	___ / ___ / _____	Su farmacéutico/proveedor de atención		
Cantidad		Días de suministro		médica le puede informar los números

Nombre del medicamento/producto

Número del NDC

Número del NPI

Costo total del

medicamento/producto

Monto que pagó

del Código Nacional de Medicamentos (NDC) y del Identificador de Proveedor Nacional (NPI) de su médico.

◀ Código Nacional de Medicamentos

◀ Identificador de Proveedor Nacional

INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS COMPUESTOS

Un fármaco compuesto está formado por dos o más fármacos combinados. Si está tomando un medicamento compuesto, debe anotarlos en su receta y su farmacéutico debe ingresar los números de NDC para todos los ingredientes utilizados.

Número del NDC	Ingrediente del medicamento	Cantidad	Costo

CERTIFICACIÓN DEL MIEMBRO

Su firma a continuación certifica que:

- La información de este formulario es correcta a su leal saber y entender.
- El miembro identificado arriba es elegible para beneficios de Farmacia.
- El miembro identificado arriba recibió el/los medicamento(s)/producto(s) detallado(s).
- Estos beneficios no se han cedido; cualquier cesión adicional es nula.
- Autorizo a compartir los detalles de este formulario con Prime Therapeutics LLC.

Firma del miembro o del representante legal*

Fecha

* Si usted no es el miembro, el médico prescriptor u otro médico que emite la receta, debe enviar por fax un Formulario firmado de Designación de Representante (o notificación equivalente) junto con esta solicitud. Para obtener información sobre cómo designar a un representante, consulte los materiales de beneficios de su plan o llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de seguro.

OTROS RECURSOS



Línea telefónica de ayuda de Medicare:

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

TTY/TDD: 1-877-486-2048

El horario de atención de las llamadas son las 24 horas del día, los siete días de la semana, excepto los feriados federales.



Línea directa para denunciar fraudes en el seguro médico:

1-800-706-4071

TTY/TDD 1-800-693-3816

Lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. hora del centro (CT).

Es un delito suministrar, a sabiendas, información falsa o presentar un reclamo fraudulento para recibir el pago de un beneficio. Es un delito suministrar información falsa en una solicitud de seguro. Si se lo declara culpable, es posible que la persona deba hacer cualquiera o la totalidad de las siguientes acciones: devolver el dinero, pagar una multa o pasar tiempo en prisión.

El fraude aumenta el costo de la atención médica para todos nosotros. Si usted conoce (o sospecha) cualquier tipo de fraude en el ámbito del seguro médico, llame a uno de los números de la línea directa mencionados anteriormente. Usted no tiene que dar su nombre; todas las llamadas son confidenciales.

Envíe por correo su(s) formulario(s) de reclamo completo(s) y recibos originales y detallados de la farmacia a:

Medicare Claims

P.O. Box 20970

Lehigh Valley, PA 18002-0970

EmblemHealth Plan, Inc., EmblemHealth Insurance Company, EmblemHealth Services Company, LLC y Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) son compañías EmblemHealth. EmblemHealth Services Company, LLC proporciona servicios administrativos a las compañías EmblemHealth.

Prime Therapeutics LLC es una compañía independiente proporciona soluciones farmacéuticas para su plan.