

¿Preguntas sobre cómo completar este formulario?
 Llame al número en la parte de atrás de su tarjeta de identificación (TTY: 711).
 Llame las 24 horas del día, los siete días de la semana.

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

Reclamo de Medicare
 PO Box 20970
 Lehigh Valley, PA 18002-0970

Formulario de reclamo de Medicare

Complete cada sección de este formulario.

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS

Primer nombre		
Apellido		
Fecha de nacimiento	____/____/____	
Número de identificación de miembro	____-____-____-____-____-____	
Teléfono		
Dirección		
Ciudad		
Estado		Código postal

◀ Su número de identificación está listado en su tarjeta de identificación.

INFORMACIÓN DE FARMACIA/CLÍNICA/HOSPITAL

Nombre		
Teléfono		
Identificación fiscal federal	____-____-____-____-____-____	
Dirección		
Ciudad		
Estado		Código postal

◀ El número de identificación fiscal federal es un número de nueve dígitos asignado a su farmacia, clínica u hospital que proporcionó su medicamento/producto.

OTRA INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS MÉDICO

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

1. Ambos lados de su otra tarjeta de seguro médico.
2. La página de Explicación de beneficios (EOB) que muestra la cantidad pagada o el motivo por el que se negó la cobertura SSSS.

¿POR QUÉ ENVÍA ESTE RECLAMO?

Compruebe cualquiera de los motivos que se muestran abajo o escriba su propio motivo.

- ☐ No pude elegir una farmacia dentro de la red porque recibí el medicamento/producto cubierto mientras estaba en un departamento de emergencias, clínica médica u otro entorno ambulatorio (por ejemplo, autoadministración de medicamentos para la operación el mismo día).
- ☐ Me enfermé o me quedé sin mi medicamento mientras viajaba fuera del área de servicio de mi plan, (aún en los EE. UU.).

Continúe en la página siguiente

- ☐ No pude obtener un medicamento/producto cubierto cuando lo necesitaba porque no pude encontrar una farmacia dentro de la red las 24 horas cerca de mí.
- ☐ El medicamento/producto cubierto que necesitaba generalmente no está disponible en un servicio de farmacia de supermercado (local) o de entrega en casa dentro de la red.
- ☐ No pude usar una farmacia dentro de la red porque fui evacuado o desplazado debido a un desastre o emergencia médica declarada a nivel federal.
- ☐ Otros (explique) _____

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

- Las reglas de pago de Medicare dicen que su proveedor debe:
 - a. Tener un número de Identificador Nacional de Proveedor (NPI) válido de 10 dígitos, y
 - b. Aceptar reclamos de Medicare, o
 - c. Ha entregado formularios para mostrar que ha pedido la aprobación de Medicare para emitir recetas.
- Use un formulario de reclamo para cada miembro y cada farmacia/clínica/hospital.
Por ejemplo:
 - Un miembro + dos farmacias = dos formularios.
 - Un miembro con múltiples medicamentos recibidos en la misma fecha o durante la misma estancia en el hospital = un formulario.
 - Dos miembros que usan dos farmacias cada uno = cuatro formularios.
- Cuando presente un reclamo de farmacia, clínica u hospital con varios medicamentos, adjunte el estado de cuenta de facturación.
- Se necesitan recibos o facturas de farmacia, clínica u hospital. No se aceptan: cheques cancelados o recibos que solo muestren la cantidad pagada.
- Antes de enviar su(s) reclamo(s), asegúrese de hacer una copia de todos los formularios y recibos.

INFORMACIÓN DE RECLAMO

Se necesitan recibos o facturas originales de farmacia. No los engrape a este formulario.

Los recibos deben mostrar:

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

Todos los campos de la página siguiente deben completarse para procesar su reclamo. Si necesita ayuda para encontrar la información, pregunte a su farmacéutico.

FORMULARIO DE RECLAMO

Ejemplo de reclamo

Fecha de llenado	10 / 01 / 2020		Su farmacéutico/proveedor de atención médica puede darle el código nacional de medicamentos (NDC) y los números de identificación nacional de proveedor (NPI) de su médico.
Cantidad	60	Suministros para días 30	
Nombre del medicamento/producto	Nombre del medicamento/producto		
Número NDC	00186502228		
Número de NPI	9215241163		
Costo total del medicamento/producto	\$146.04	Cantidad que pagó \$36.57	

Reclamo 1

Fecha de llenado	___ / ___ / _____		Su farmacéutico/proveedor de atención médica puede darle el código nacional de medicamentos (NDC) y los números de identificación nacional de proveedor (NPI) de su médico.
Cantidad		Suministros para días	
Nombre del medicamento/producto			
Número NDC	_____		
Número de NPI	_____		
Costo total del medicamento/producto		Cantidad que pagó	

Reclamo 2

Fecha de llenado	___ / ___ / _____		Su farmacéutico/proveedor de atención médica puede darle el código nacional de medicamentos (NDC) y los números de identificación nacional de proveedor (NPI) de su médico.
Cantidad		Suministros para días	
Nombre del medicamento/producto			
Número NDC	_____		
Número de NPI	_____		
Costo total del medicamento/producto		Cantidad que pagó	

Reclamo 3

Fecha de llenado	___ / ___ / _____		Su farmacéutico/proveedor de atención médica puede darle el código nacional de medicamentos (NDC) y los números de identificación nacional de proveedor (NPI) de su médico.
Cantidad		Suministros para días	
Nombre del medicamento/producto			
Número NDC	_____		
Número de NPI	_____		
Costo total del medicamento/producto		Cantidad que pagó	

Reclamo 4

Fecha de llenado	___ / ___ / _____		Su farmacéutico/proveedor de atención médica puede darle el código nacional de medicamentos (NDC) y los números de identificación nacional de proveedor (NPI) de su médico.
Cantidad		Suministros para días	
Nombre del medicamento/producto			
Número NDC	_____		
Número de NPI	_____		
Costo total del medicamento/producto		Cantidad que pagó	

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS COMPUESTOS

Un medicamento compuesto está hecho de dos o más medicamentos que se combinan. Si está tomando un medicamento compuesto, su farmacéutico debe entrar los números NDC para todos los ingredientes utilizados.

Número NDC	Ingrediente del medicamento	Cantidad	Costar

CERTIFICACIÓN DEL MIEMBRO

Su firma abajo certifica que:

- La información de este formulario es correcta.
- El miembro mencionado arriba es elegible para los beneficios de farmacia.
- El miembro mencionado arriba recibió los medicamentos/productos listados.
- Estos beneficios no se han asignado; cualquier otra cesión es nula.
- Doy mi permiso para compartir la información de este formulario con Capital Blue Cross.

Firma del Miembro o representante legal*

Fecha

*Si usted no es el miembro, el médico que receta del miembro u otro proveedor que receta, debe proporcionar un Formulario de designación de representante firmado (o un aviso equivalente) junto con esta solicitud. Para obtener información de cómo designar a un representante, consulte el material de beneficios de su plan o llame al número que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación.

OTROS RECURSOS



Línea de ayuda de Medicare:

1.800.MEDICARE (1.800.633.4227)

TTY/TDD: 1.877.486.2048

Llamadas atendidas las 24 horas del día,
los 7 días de la semana, excepto los días
festivos federales.



Línea directa de fraude de seguros de atención médica:

1.800.706.4071

TTY/TDD 1.800.693.3816

De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 6:00 p. m., ET.

Es un delito dar información falsa a sabiendas o presentar un reclamo fraudulento para que le paguen por un beneficio. Es un delito dar información falsa en una solicitud de seguro. Si se declara culpable, es posible que la persona tenga que hacer algo o todo lo siguiente: devolver el dinero, pagar una multa o cumplir condena en prisión.

El fraude aumenta el costo de la atención médica para todos nosotros. Si conoce (o sospecha) algún tipo de fraude de seguro médico, llame a uno de los números de línea directa listados arriba. No es necesario que dé su nombre; Todas las llamadas son confidenciales.

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

Reclamo de Medicare

PO Box 20970

Lehigh Valley, PA 18002-0970

Capital Blue Cross PPO lo emite Capital Advantage Insurance Company® y Capital Blue Cross HMO lo ofrece Keystone Health Plan® Central, subsidiarias de Capital Blue Cross. Todos son licenciarios independientes de Blue Cross Blue Shield Association. Las comunicaciones las emite Capital Blue Cross en su función de administrador de programas y de relaciones con proveedores para todas las compañías.