

Prime Therapeutics

# Formulario de reclamación 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 reclamación 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                | .....          | <b>Su número de identificación (ID) aparece en su tarjeta de identificación como miembro.</b> |
| Apellido              | .....          |   |
| Fecha de nacimiento   | __ / __ / ____ |   |
| N.º de identificación | .....          |   |
| N.º de teléfono       | .....          |   |
| Domicilio             | .....          |   |
| Ciudad                | .....          |   |
| Estado                | Código postal  |   |

## INFORMACIÓN DE FARMACIA/CLÍNICA/HOSPITAL

|                 |               |  |
|-----------------|---------------|--|
| Nombre          | .....         | <b>El Número de identificación federal de contribuyente es un número de nueve dígitos asignado a su farmacia, clínica u hospital que le proporcionó su medicamento/producto.</b> |
| N.º de teléfono | .....         |  |
| NIF federal     | __ --- ____   |  |
| Domicilio       | .....         |  |
| Ciudad          | .....         |  |
| Estado          | Código postal |  |

## OTRA INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

Si usted tiene otro seguro que le ofrece beneficios de farmacia (es decir, automáticos) que cubre este medicamento/producto, envíe copias de lo siguiente:

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 ESTA RECLAMACIÓN?

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

- 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.).

Continúe en la página siguiente.

- 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.
- No pude elegir una farmacia de la red porque recibí el medicamento/producto cubierto mientras me encontraba en un servicio de urgencias, una clínica médica u otro ámbito ambulatorio (es decir, cirugía en el mismo día).
- Otro motivo (explique).

## **INSTRUCCIONES PARA LLENAR ESTE FORMULARIO**

---

- Las reglas en materia de pago de Medicare con vigencia en el 2021 estipulan que su médico debe:
  - a. Tener un Identificador de Proveedor Nacional (NPI, por sus siglas en inglés) válido de 10 dígitos, y
  - b. Aceptar reclamaciones de Medicare, o
  - c. Presentar formularios para demostrar que ha solicitado la aprobación de Medicare para extender recetas.
- Utilizar un formulario de reclamación para cada miembro y cada farmacia (es decir, un miembro + dos farmacias = dos formularios. Si dos miembros usan dos farmacias cada uno = cuatro formularios).
- Si necesita más formularios de reclamación, llame al número de servicio para miembros que aparece en su tarjeta de identificación.
- Es necesario que presente recibos de farmacia detallados y originales. No se aceptan: cheques cancelados o recibos que solamente muestran el monto abonado.
- Antes de enviar su(s) reclamación(es), asegúrese de hacer una copia de todos los formularios y recibos.

## **INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN**

---

Son necesarios recibos originales de la farmacia. No los enganche a este formulario.

Los recibos deben mostrar:

- |  |  |   |   |  |
|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nombre de la farmacia | <input type="checkbox"/> Nombre del medicamento/producto | <input type="checkbox"/> Cantidad                       | <input type="checkbox"/> Número del NDC     | <input type="checkbox"/> Número del NPI      |
| <input type="checkbox"/> Concentración         | <input type="checkbox"/> Fecha de compra                 | <input type="checkbox"/> Costo del medicamento/producto | <input type="checkbox"/> Días de suministro | <input type="checkbox"/> Número de la receta |

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

# FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

## Formulario de ejemplo

|                                      |                                 |                    |         |   |  |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------|---------|---|--|
| Número de receta                     | 0 0 0 0 0 6 0 1 1 4 8 1         |                    |         | <p><i>Su farmacéutico le puede informar los números del Código Nacional de Medicamentos (NDC, por sus siglas en inglés) y del Identificador de Proveedor Nacional (NPI, por sus siglas en inglés) de su médico.</i></p> |  |
| Fecha de dispensación:               | 1 0 / 0 1 / 2 0 2 0             |                    |         |   |  |
| Cantidad                             | 60                              | Días de suministro | 30      |   |  |
| Nombre del medicamento/producto      | Nombre del medicamento/producto |                    |         |   |  |
| Número del NDC                       | 0 0 1 8 6 5 0 2 2 2 8           |                    |         |   | ◀ <b>Código Nacional de Medicamentos</b>     |
| Número del NPI                       | 9 2 1 5 2 4 1 1 6 3             |                    |         |   | ◀ <b>Identificador de Proveedor Nacional</b> |
| Costo total del medicamento/producto | \$146.04                        | Monto que pagó     | \$36.57 |   |  |

## Reclamación 1

|                                      |                |                    |  |   |  |
|--------------------------------------|----------------|--------------------|--|---|--|
| Número de receta                     | _____          |                    |  | <p><i>Su farmacéutico le puede informar los números del Código Nacional de Medicamentos (NDC) y del Identificador de Proveedor Nacional (NPI) de su médico.</i></p> |  |
| Fecha de dispensación                | __ / __ / ____ |                    |  |   |  |
| Cantidad                             |                | Días de suministro |  |   |  |
| Nombre del medicamento/producto      |                |                    |  |   |  |
| Número del NDC                       | _____          |                    |  |   | ◀ <b>Código Nacional de Medicamentos</b>     |
| Número del NPI                       | _____          |                    |  |   | ◀ <b>Identificador de Proveedor Nacional</b> |
| Costo total del medicamento/producto |                | Monto que pagó     |  |   |  |

## Reclamación 2

|                                      |                |                    |  |   |  |
|--------------------------------------|----------------|--------------------|--|---|--|
| Número de receta                     | _____          |                    |  | <p><i>Su farmacéutico le puede informar los números del Código Nacional de Medicamentos (NDC) y del Identificador de Proveedor Nacional (NPI) de su médico.</i></p> |  |
| Fecha de dispensación                | __ / __ / ____ |                    |  |   |  |
| Cantidad                             |                | Días de suministro |  |   |  |
| Nombre del medicamento/producto      |                |                    |  |   |  |
| Número del NDC                       | _____          |                    |  |   | ◀ <b>Código Nacional de Medicamentos</b>     |
| Número del NPI                       | _____          |                    |  |   | ◀ <b>Identificador de Proveedor Nacional</b> |
| Costo total del medicamento/producto |                | Monto que pagó     |  |   |  |

## INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS COMPUESTOS

Un medicamento compuesto está hecho de dos o más fármacos que se combinan. Si usted está tomando un medicamento compuesto, su farmacéutico debe introducir 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 contenida en este formulario es correcta
- 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 o el médico que le emite las recetas al miembro u otra persona que emite recetas, usted debe enviar por fax un Formulario firmado de Designación de Representante (o aviso 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



**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 una reclamación fraudulenta 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.