



**BlueCross
BlueShield**

Federal Employee Program.

**FORMULARIO DE RECLAMOS
PARA LA COMPRA DE
MEDICAMENTOS RECETADOS**

AREA PARA DOCUMENTOS

**Servicio de Plan de Beneficios para los
Empleados Federales y Jubilados**

POR FAVOR, ESCRIBA A MAQUINA O USE LETRA DE IMPRENTA CON TODAS MAYUSCULAS. VEASE AL REVERSO PARA LAS INSTRUCCIONES.

INFORMACION DEL ABONADO						
Apellido(s) del Abonado		Nombre			Inicial	
Dirección			Número de Apartamento, Suite o Apartado de Correo			
Ciudad	Estado	Código Postal				

NUMERO DE IDENTIFICACION

R									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Al cumplir con la información solicitada, envíe el formulario a:

Service Benefit Plan
Retail Pharmacy Program
P.O. Box 52057
Phoenix, AZ 85072-2057

Para información, llame al 1-800-624-5060.

_____ Indique si ésta es una nueva dirección

INFORMACION DEL PACIENTE													
NOMBRE DEL PACIENTE	Apellido(s)				Nombre					Inicial			
FECHA DEL NACIMIENTO DEL PACIENTE	Mes	Día	Año		Sexo del paciente			Relación del paciente con el abonado					
					_____ masculino _____ femenino			_____ mismo _____ esposo/a _____ hijo/a					

➤ ¿Está cubierto el paciente por otro seguro de salud por medio de su empleo, un grupo, tal como una organización profesional, o cualquier otro seguro de salud por grupo incluyendo cobertura de Blue Cross y/o Blue Shield?

___ Sí
___ No

Si la respuesta es "sí", ¿cuál fue la fecha de vigencia de la cobertura?

_____ / _____ / _____

Por favor adjunte una copia del AVISO DE PAGO o EXPLICACION DE BENEFICIOS de la otra compañía aseguradora, si está disponible.

➤ ¿Utilizó el paciente una tarjeta de seguro de la otra compañía aseguradora cuando compró estos medicamentos?

_____ Sí _____ No

INFORMACION DE LA FARMACIA	
Nombre de la farmacia _____	Número de identificación de la farmacia (si está disponible)
Calle _____	
Ciudad, estado, código postal _____	
	Teléfono (_____) _____

INFORMACION DE LA(S) RECETA(S)

Favor de proporcionar toda la información solicitada. Si usted no tiene toda la información, por favor llame a su farmacéutico. Por favor lea las instrucciones al reverso de este formulario de reclamos.

1. Número de Receta Fecha de Preparación \$ Cantidad Cobrada

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

mes		día		año					

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre o cédula profesional del médico recetante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Es un compuesto este medicamento?
_____ Sí

2. Número de Receta Fecha de Preparación \$ Cantidad Cobrada

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

mes		día		año					

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre o cédula profesional del médico recetante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Es un compuesto este medicamento?
_____ Sí

3. Número de Receta Fecha de Preparación \$ Cantidad Cobrada

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

mes		día		año					

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre o cédula profesional del médico recetante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Es un compuesto este medicamento?
_____ Sí

4. Número de Receta Fecha de Preparación \$ Cantidad Cobrada

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

mes		día		año					

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre o cédula profesional del médico recetante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Es un compuesto este medicamento?
_____ Sí

CERTIFICACION DEL ABONADO

Yo certifico que la información que se ha proporcionado en este formulario de reclamos está completa y es correcta y estoy reclamando beneficios sólo por los cargos incurridos por el paciente que se menciona aquí.

Por la presente, doy autorización a cualquier proveedor que haya participado de cualquier manera en mi cuidado, a facilitar al seguro Blue Cross Blue Shield cualquier información médica que se considere necesaria para adjudicar este reclamo.

FIRMA DEL ABONADO

FECHA

Instrucciones

1. Se requiere un formulario de reclamos separado para cada paciente y para cada farmacia. Cada formulario de reclamos se debe firmar por el abonado y/o el paciente.

2. **Cuando usted haya cumplido con la información solicitada en el formulario, por favor incluya sus recibos detallados. Envíe recibos originales solamente. Fotocopias de recibos no son aceptadas a menos que sean sometidas con una explicación de beneficios o aviso de pago de otro asegurador. Se requiere la firma de un farmacéutico en todo recibo escrito a mano. Nosotros le recomendamos que guarde copias para sus archivos.**

3. **Debe contestar las preguntas sobre otros seguros médicos que cubran medicamentos recetados en la Sección de Información del Paciente al frente de este formulario o se le devolverá su reclamo.**

4. Se requieren recibos detallados para recetas cubiertas y deben incluir lo siguiente:

- Nombre y dirección actual/completa de la farmacia
- Nombre completo del paciente
- Fecha de preparación
- Nombre del medicamento y la potencia (por ejemplo, 500 mg) y la forma del dosis (por ejemplo, cápsulas, líquido, o crema)
- Número de la receta, si está disponible
- Cantidad de unidades (comprimidos, tabletas, cápsulas, etc.)
- El cargo de cada medicamento

5. **“Duración de Suministro” debe de estar incluida en el formulario de reclamos.**

Calcule la duración de suministro en días de esta manera:

CANTIDAD ÷ DOSIS = DURACION DE SUMINISTRO

CANTIDAD – Número total de unidades (comprimidos, tabletas, cápsulas)

DIVIDIDO POR

DOSIS – Número total de dosis por día (uno al día, 3 veces por día)

Ejemplo: Usted tiene 90 tabletas y toma 3 tabletas por día: i.e., $90 \div 3 = 30$ días

La duración de suministro son 30 días.

6. Sólo reclamos de medicamentos recetados que se han comprado de una farmacia se deben mandar a la dirección que está al frente de este formulario. Los reclamos para todos los demás servicios se deben mandar a su plan local de Blue Cross / Blue Shield usando un Formulario de Reclamos para los Beneficios de Salud del Programa de los Empleados Federales. Ejemplos de reclamos mandados a su plan local de Blue Cross Blue Shield incluyen:

- Medicamentos dispensados por un médico o hospital, incluyendo sueros de alergia
- Medicamentos para el cuidado de salud en casa
- Equipo médico durable

7. Todo reclamo se debe mandar rápidamente, pero en todo caso a más tardar para el 31 de diciembre del año después de él en que se compró el medicamento.

Cualquier declaración falsa intencional en esta aplicación o falsificación deliberada en ella es una violación de la ley y es castigada por una multa de no más de \$10,000 (en dólares americanos) o encarcelamiento de no más de 5 años, o ambos, (18 U.S.C. 1001).

Los beneficios de los medicamentos recetados bajo el Plan de Beneficios para los Servicios están sujetos a los términos, limitaciones y exclusiones declarados en el folleto del Plan de Beneficios para los Servicios incluyendo la frase “Si el proveedor renuncia la porción de usted” en la Sección de Participación del Costo. El cargo cobrado no debe ser más que el cargo normal al por normal de la farmacia.