

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	-----	
NIF federal	--- -----	
Domicilio	.....	
Ciudad	.....	
Estado	Código postal	.....

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.

### 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 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 medicamento/producto cubierto mientras me encontraba en un servicio de urgencias, una clínica médica u otro ámbito ambulatorio (es decir, medicamentos de autoadministración para 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

- Las reglas en materia de pago de Medicare con vigencia en el 2022 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 reclamos de Medicare, o
  - c. Presentar formularios para demostrar que ha solicitado la aprobación de Medicare para extender recetas.
- Utilizar un formulario de reclamo para cada miembro y cada farmacia/clínica/hospital (es decir, un miembro + dos farmacias = dos formularios.  
Un miembro con varios medicamentos recibidos en la misma fecha o durante la misma estadía en el hospital = un formulario.  
Si dos miembros usan dos farmacias cada uno = cuatro formularios).
- 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

Los recibos o las facturas originales de la farmacia son obligatorios. No los enganche a este formulario.

Los recibos deben mostrar:

- |   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nombre de la farmacia/clínica/hospital | <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 |   |

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

### Formulario de ejemplo

Fecha de dispensación	10 / 01 / 2020			Su farmacéutico/proveedor de atención médica le puede informar los números del Código Nacional de Medicamentos (NDC) y del Identificador de Proveedor Nacional (NPI) de su médico.
Cantidad	60	Días de suministro	30	
Nombre del medicamento/producto	Nombre del medicamento/producto			
Número del NDC	0018650228			◀ <b>Código Nacional de Medicamentos</b>
Número del NPI	9215241163			◀ <b>Identificador de Proveedor Nacional</b>
Costo total del medicamento/producto	\$146,04	Monto que pagó	\$36,57	

### Reclamo 1

Fecha de dispensación	___ / ___ / _____			Su farmacéutico/proveedor de atención médica le puede informar los números del Código Nacional de Medicamentos (NDC) y del Identificador de Proveedor Nacional (NPI) de su médico.
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		

### Reclamo 2

Fecha de dispensación	___ / ___ / _____			Su farmacéutico/proveedor de atención médica le puede informar los números del Código Nacional de Medicamentos (NDC) y del Identificador de Proveedor Nacional (NPI) de su médico.
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		

### Reclamo 3

Fecha de dispensación	___ / ___ / _____			Su farmacéutico/proveedor de atención médica le puede informar los números del Código Nacional de Medicamentos (NDC) y del Identificador de Proveedor Nacional (NPI) de su médico.
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		

### Reclamo 4

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

Nombre del medicamento/producto			del Código Nacional de Medicamentos (NDC) y del Identificador de Proveedor Nacional (NPI) de su médico.
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, 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



**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

03013289