

# FORMULARIO DE REEMBOLSO PARA MEDICAMENTOS RECETADOS



An Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

## Envíe el formulario completo y los recibos originales a:

Blue Cross Blue Shield of Arizona | Mail Stop A115, P.O. Box 13466 | Phoenix, AZ 85002-3466

**Instrucciones:** Escriba a máquina o en letra de imprenta de forma clara. Se debe proporcionar toda la información de cada sección. Los formularios incompletos se devolverán, lo que provocará una demora en el proceso de revisión de la reclamación. Engrape o pegue con cinta el recibo de la farmacia (etiqueta) al reverso de este formulario. Se debe completar un formulario por separado para cada paciente y para cada farmacia frecuentada. Para medicamentos preparados, use el Formulario de reclamación de medicamentos preparados para presentar su reclamación.

### SECTION 1/SECCIÓN 1: CARDHOLDER INFORMATION/INFORMACIÓN DEL TITULAR

Cardholder's ID Number/Número de identificación del titular		Group/Employer or Plan Name/ Nombre del plan o grupo/empleador		Group ID Number/Número de identificación de grupo	
Cardholder's Name (Last, First, Middle Initial)/ Nombre del titular (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Date of Birth (mm/dd/yyyy)/Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino	
Cardholder's Address (Street, City, State, Zip)/Dirección del titular (calle, ciudad, estado, código postal)					
License Number/ Número de licencia	Effective Date (mm/dd/yyyy)/Fecha de entrada en vigencia (mm/dd/aaaa)	Primary Specialty (as listed on license)/Especialidad principal (según figura en la licencia)	Secondary Specialty (if applicable)/Especialidad secundaria (si corresponde)		

### SECTION 2/SECCIÓN 2: PATIENT INFORMATION/INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Patient's Name (Last, First, Middle Initial)/Nombre del paciente (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Date of Birth (mm/dd/yyyy)/Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Gender/Sexo <input type="checkbox"/> Male/Masculino <input type="checkbox"/> Female/Femenino	
				Relationship to Cardholder/Relación con el titular <input type="checkbox"/> Self/Individual <input type="checkbox"/> Spouse/Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependent/Dependiente	

### SECTION 3/SECCIÓN 3: REASON FOR REQUEST/MOTIVO DE LA SOLICITUD

CHECK ALL THAT APPLY/MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

The pharmacy tells you that you are not eligible for coverage./La farmacia le dice que usted no es elegible para recibir cobertura.

Coverage for the prescription was denied in whole or in part./La cobertura de la receta fue denegada de forma total o parcial.

You feel that you paid the wrong copay or other cost-sharing amount for the prescription./Usted cree que pagó el copago incorrecto u otro monto de costos compartidos por la receta.

You were required to pay other amounts you feel you are not required to pay./Tuvo que pagar otros montos que cree que no tiene obligación de pagar.

Medication required Precertification (Prior Authorization) and has since been approved, but you paid out-of-pocket prior to the approval./Los medicamentos requerían precertificación (autorización previa) y, desde entonces, han sido aprobados, pero usted pagó desembolsos a su cargo antes de la aprobación.

Out of area/ urgent/emergency request, please explain:/Solicitud de servicios fuera del área/de urgencia/emergencia, explique:

Obesity Weight Loss Program Reimbursement Program. If this is the reason, provide the following information:/Reembolso del programa de pérdida de peso por obesidad. Si este es el motivo, proporcione la siguiente información:

Name of the Obesity Weight Loss Program you participated or are participating in:/Nombre del programa de pérdida de peso por obesidad en el que participó o participa:	Start Date:/ Fecha de inicio:	Completion Date:/ Fecha de finalización:
	/ /	/ /

Tobacco Cessation Reimbursement Program. If this is the reason, provide the following information:/Programa de reembolso por dejar de fumar. Si este es el motivo, proporcione la siguiente información:

Name of the Tobacco Cessation Program you participated or are participating in:/Nombre del programa para dejar de fumar en el que participó o participa:	Start Date:/ Fecha de inicio:	Completion Date:/ Fecha de finalización:
	/ /	/ /

Otro, explique:/ Other, please explain:

<b>SECTION 4/SECCIÓN 4: CLAIM INFORMATION/INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN</b>									
<b>1.</b>	Rx Number/ Número de receta	Date Prescribed/ Fecha de prescripción	Date Filled/ Fecha de surtido	Refill/ Resurtido	Quantity Dispensed/ Cantidad dispensada	Day's Supply/ Días de suministro	National Drug Code (NDC) (11-digits)/ Código nacional del medicamento (NDC) (11 dígitos)	DAW Code/ Código DAW	Claim Amount \$/ Monto de la reclamación \$
			/ /	/ /					
	Prescribing Physician's Name/ Nombre del médico que recetó el medicamento		Physician's National Provider No. (NPI)/Número de proveedor nacional del médico (NPI)		Physician's Phone Number/ Número de teléfono del médico		Medication Name, Strength, Form/Nombre del medicamento, concentración, forma		
Dispensing Pharmacy's Name/ Nombre de la farmacia que dispensó el medicamento		Pharmacy's National Provider No. (NPI)/Número de proveedor nacional de la farmacia (NPI)		Pharmacy Phone Number/ Número de teléfono de la farmacia		Pharmacy's Address (Street, City, State, Zip)/Dirección de la farmacia (calle, ciudad, estado, código postal)			
<b>2.</b>	Rx Number/ Número de receta	Date Prescribed/ Fecha de prescripción	Date Filled/ Fecha de surtido	Refill/ Resurtido	Quantity Dispensed/ Cantidad dispensada	Day's Supply/ Días de suministro	National Drug Code (NDC) (11-digits)/ Código nacional del medicamento (NDC) (11 dígitos)	DAW Code/ Código DAW	Claim Amount \$/ Monto de la reclamación \$
			/ /	/ /					
	Prescribing Physician's Name/ Nombre del médico que recetó el medicamento		Physician's National Provider No. (NPI)/Número de proveedor nacional del médico (NPI)		Physician's Phone Number/ Número de teléfono del médico		Medication Name, Strength, Form/Nombre del medicamento, concentración, forma		
Dispensing Pharmacy's Name/ Nombre de la farmacia que dispensó el medicamento		Pharmacy's National Provider No. (NPI)/Número de proveedor nacional de la farmacia (NPI)		Pharmacy Phone Number/ Número de teléfono de la farmacia		Pharmacy's Address (Street, City, State, Zip)/Dirección de la farmacia (calle, ciudad, estado, código postal)			

**Para garantizar su protección, la ley de Arizona exige que la siguiente declaración aparezca en el formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta de pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.**

<b>SECTION 5/SECCIÓN 5: ATTESTATION</b> CERTIFIES THAT THE INFORMATION PROVIDED ABOVE IS TRUE, ACCURATE, AND COMPLETE./ <b>DECLARACIÓN</b> SE CERTIFICA QUE LA INFORMACIÓN BRINDADA ANTERIORMENTE ES VERDADERA, PRECISA Y COMPLETA.	
Member's Signature/Firma del miembro	Date of Birth (mm/dd/yyyy) /Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
	/ /

**Envíe el formulario completo y los recibos originales a:**  
Blue Cross Blue Shield of Arizona | Mail Stop A115, P.O. Box 13466 | Phoenix, AZ 85002-3466

**¿Tiene preguntas? Llame al número en el reverso de su tarjeta de Blue Cross Blue Shield of Arizona.**