



**BlueCross
BlueShield**
Blue Crescentsm

**Programa de Empleados Federales
FORMULARIO DE RECLAMOS
INTERNACIONALES PARA LA COMPRA DE
MEDICAMENTOS RECETADOS**

INSTRUCCIONES

- Este formulario se usa para proveer el reembolso directo para medicamentos recetados que se han comprado fuera de los Estados Unidos.
- **Se requiere los recibos de farmacia o la firma del farmacéutico.**
- Por favor use un formulario de reclamos diferente para **cada paciente**.
- **No sujete los recibos u otros adjuntos con grapa a este formulario.**

INFORMACION REQUERIDA DEL ABONADO:																					
Nombre del abonado: _____ Dirección del abonado: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Código de Inscripción</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>	Código de Inscripción				1															
Código de Inscripción																					
1																					
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Provincia: _____ Condado/Código: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">Número de Identificación</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; width: 20px;">R</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>	Número de Identificación										R									
Número de Identificación																					
R																					

Yo certifico que la información es correcta y está completa y que estoy reclamando beneficios solo por el paciente mencionado abajo. Por la presente, se da autorización a cualquier proveedor de servicio que haya participado de cualquier manera en el cuidado del paciente, para facilitar toda información médica que se considere necesaria para adjudicar este reclamo. También autorizo la divulgación de toda la información contenida en este reclamo a Advance PCS y al administrador del seguro. Estoy de acuerdo que cualquier pago aprobado no se puede asignar y que cualquier asignación de beneficios será inválida.

SE REQUIERE FIRMA DEL ABONADO O DEL PACIENTE: _____

INFORMACION REQUERIDA DEL PACIENTE:													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">APELLIDO</td> <td style="width: 50%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">NOMBRE</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding-top: 5px;">Nombre del paciente: _____</td> </tr> </table>	APELLIDO	NOMBRE	Nombre del paciente: _____		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Relación del paciente al abonado:</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">_____</td> <td style="padding-left: 5px;">mismo</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>espos/a</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>hijo/a</td> </tr> </table>	Relación del paciente al abonado:		_____	mismo	_____	espos/a	_____	hijo/a
APELLIDO	NOMBRE												
Nombre del paciente: _____													
Relación del paciente al abonado:													
_____	mismo												
_____	espos/a												
_____	hijo/a												
Fecha de Nacimiento: _____ Masculino: _____ Femenino: _____													

INFORMACION DEL PAIS EXTRANJERO (fuera de los Estados Unidos):

Tipo de moneda: _____ País donde se compraron los medicamentos: _____	FIRMA DEL FARMACEUTICO: (requerido si no hay recibos o cuentas adjuntas) _____
--	---

INFORMACION DEL RECLAMO DE LA RECETA:

1 Receta #: _____ Receta Nueva o Surtido Nuevo Fecha de preparación ____ ____ ____ Cantidad ____
(ponga un círculo alrededor de uno) mes día año (ml, # tabletas, gm)

Duración de suministro: _____ Nombre del medicamento _____

Código Nacional de Droga: _____ Nombre equivalente del medicamento en Estados Unidos _____

Forma de medicamento (cápsulas, crema, etc.) _____ Dosis (250 mg., etc.): _____

Precio de la receta: _____ **Cantidad pagada en** _____ (Tipo de moneda extranjera)

2 Receta #: _____ Receta Nueva o Surtido Nuevo Fecha de preparación ____ ____ ____ Cantidad ____
(ponga un círculo alrededor de uno) mes día año (ml, # tabletas, gm)

Duración de suministro: _____ Nombre del medicamento _____

Código Nacional de Droga: _____ Nombre equivalente del medicamento en Estados Unidos _____

Forma de medicamento (cápsulas, crema, etc.) _____ Dosis (250 mg., etc.): _____

Precio de la receta: _____ **Cantidad pagada en** _____ (Tipo de moneda extranjera)

3 Receta #: _____ Receta Nueva o Surtido Nuevo Fecha de preparación ____ ____ ____ Cantidad ____
(ponga un círculo alrededor de uno) mes día año (ml, # tabletas, gm)

Duración de suministro: _____ Nombre del medicamento _____

Código Nacional de Droga: _____ Nombre equivalente del medicamento en Estados Unidos _____

Forma de medicamento (cápsulas, crema, etc.) _____ Dosis (250 mg., etc.): _____

Precio de la receta: _____ **Cantidad pagada en** _____ (Tipo de moneda extranjera)

Información General

Este *Formulario de Reclamos Internacionales para la Compra de Medicamentos Recetados* se debe usar sólo para presentar un reclamo para beneficios de medicamentos recetados que se han comprado fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico. Por favor complete un formulario de reclamación diferente para cada paciente y acuérdesse de someter todos sus reclamos a más tardar para el 31 de diciembre del año después de la fecha del recibo.

El *Formulario de Reclamos Internacionales para la Compra de Medicamentos Recetados* debe de estar completado y acompañado por los recibos/las cuentas del medicamento recetado, o la sección titulada La Información del Reclamo de la Receta se debe completar con el reclamo firmado por el farmacéutico.

Por favor asegúrese de guardar fotocopias del formulario de reclamación y todas las cuentas y los comprobantes para sus archivos personales.

Cualquier persona que con conocimiento y con intención de defraudar cualquier compañía de seguro o a otra persona, presenta un reclamo conteniendo cualquier información falsa de manera significativa o encubre con el propósito de engañar, comete un acto fraudulento de seguro, el cual es un crimen y está sujeto a penas civiles y criminales.

Información del Reclamo de la Receta – Por favor escriba los medicamentos recetados incluidos en este reclamo. Aunque requerimos los recibos de los medicamentos recetados, su lista nos ayudará a procesar el reclamo más rápido y correctamente.

- Receta # - Éste es el número de la receta que puede aparecer en su recibo o cuenta.
- Nueva Receta o Surtido Nuevo – Por favor ponga un círculo alrededor de la selección correcta para dejarnos saber si ésta es una receta nueva o un surtido nuevo de una receta anterior.
- Fecha de preparación – la fecha en que la receta fue surtida por el farmacéutico.
- Cantidad – la cantidad de la receta, tal como el número de tabletas o cápsulas, o la medida líquida del medicamento.
- Duración de suministro – el tiempo que se le requiere tomar el medicamento.
- Nombre del medicamento – el nombre del medicamento tal como está indicado en el recibo del medicamento recetado.
- # Código Nacional de Droga – Si está disponible, provea el número que corresponde al Código Nacional de Droga para el medicamento en cuestión.
- Nombre equivalente del medicamento en Estados Unidos – el nombre del medicamento recetado en inglés o el nombre del medicamento en Estados Unidos.
- Forma de medicamento – Esto es el tipo de medicamento, como crema, tabletas, cápsulas, líquido, etc.
- Dosis – Esto es la cantidad de medicina por dosis, como 50mg para las tabletas ó .05 ml para los líquidos.
- Precio de la receta – Por favor indique el precio que usted pagó en moneda extranjera.

Este formulario de reclamos completado, junto con sus recibos / cuentas de medicamentos recetados, se deben enviar a:

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

Por favor use el *Formulario Internacional de Reclamos Médicos para el Programa de Empleados Federales* para todo otro gasto incurrido fuera de los Estados Unidos y Puerto Rico.

Formularios de reclamación o información adicional está disponible en nuestro sitio Web, www.fepblue.org, o se puede llamar al 1-888-999-9862.