

INSTRUCCIONES:

1. Por favor, complete toda la información correspondiente a la Parte A.
 - 1a. Si presenta una solicitud de reembolso para prueba casera de COVID-19, solo deberá completar la Parte A de este formulario.
2. Por favor, complete la Parte B utilizando la información de la monografía de la farmacia.
 - 2a. Omite la Parte B si está presentando una solicitud de reembolso para prueba casera de COVID-19.
3. **Adjunte la monografía y el recibo de la farmacia para cada reclamación presentada.**
 - 3a. Si solicita un reembolso para prueba casera de COVID-19, solo debe adjuntar el recibo que incluye el nombre de la tienda, la cantidad comprada y el costo total.
4. Revise, firme y envíe a ProAct a través de una de las siguientes opciones:

Correo: ProAct, Inc.
1230 US HWY 11
Gouverneur, NY 13642
Attn: DMR Dept.

Fax: (315) 287-7864

Correo electrónico: dmr@proactrx.com

IMPORTANTE: TODA INFORMACIÓN FALTANTE PODRÁ OCASIONAR DEMORAS EN EL PAGO.

PARTE A – Información del empleado/paciente

Apellido del empleado:	Nombre del empleado:	# de miembro (incluido en la tarjeta de beneficios):
Apellido del paciente:	Nombre del paciente	Relación con el empleado:
Domicilio del empleado:	# de identificación del grupo (incluido en la tarjeta de beneficios; Empleador/Prestador):	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
		# de teléfono del empleado durante el día:

Por favor, indique por qué el paciente pagó la totalidad: _____

Omite la Parte B si está presentando una solicitud de reembolso para prueba casera de COVID-19.

PARTE B – Información sobre la receta

						PARA USO EXCLUSIVO DE PROACT	
# de receta	Fecha de la receta	Número de CNM	Cantidad	Días de suministro	Monto pagado	Copago	Reembolso para el miembro

Autorización

Certifico que la información declarada anteriormente es correcta y por el presente autorizo a todo médico, hospital, empleador, sindicato, compañía de seguros, farmacéutico, HMO o prepaga a proporcionar al Administrador del Plan y sus agentes toda información requerida con esta reclamación. Una fotocopia de esta reclamación tendrá la misma validez que la original.

Firma: _____ Fecha: _____