

Fecha: ____/____/____

Una vez completado, devuelva el formulario de reclamación a:
ProCare Rx Claims Reimbursement
1267 Professional Parkway
Gainesville, GA 30507

A. Información del Asegurado y del Paciente

Asegurado: Apellido		Nombre		Inicial	Nombre del Plan	Número (#) de Asegurado
Dirección: Ciudad		Estado			Código Postal	
Teléfono Residencial ()	Teléfono Trabajo ()	Empresa para la que trabaja (Patrono)			Número (#) de Grupo	
Dirección del Patrono: Ciudad		Estado			Código Postal	
¿Tiene usted o algún otro miembro de su familia un seguro grupal adicional que pueda cubrir todo o parte de este reclamo?						
¿Cubierta Primaria? SI NO ¿Cubierta Secundaria? SI NO						
Si tiene, provea el nombre del Seguro y el Número (#) de Grupo:						
Paciente: Apellido		Nombre		Inicial	Relación con el asegurado principal: Principal Dependiente Cónyuge Otro	
Dirección Postal: <i>(Dirección del paciente, si el pago debe enviarse a una dirección distinta a la del asegurado principal)</i>						
Ciudad		Estado			Código Postal	
Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY): ____/____/____				Sexo del Paciente: Masculino Femenino		

B. Información de la Reclamación

# de ID de la Farmacia	Nombre de la Farmacia	Fecha de Despacho ____/____/____ (MM/DD/YY)	Número (#) de Receta	Cantidad
Días Suplidos	NDC #	Prescriptor		Cargo
# de ID de la Farmacia	Nombre de la Farmacia	Fecha de Despacho ____/____/____ (MM/DD/YY)	Número (#) de Receta	Cantidad
Días Suplidos	NDC #	Prescriptor		Cargo
# de ID de la Farmacia	Nombre de la Farmacia	Fecha de Despacho ____/____/____ (MM/DD/YY)	Número (#) de Receta	Cantidad
Días Suplidos	NDC #	Prescriptor		Cargo
# de ID de la Farmacia	Nombre de la Farmacia	Fecha de Despacho ____/____/____ (MM/DD/YY)	Número (#) de Receta	Cantidad
Días Suplidos	NDC #	Prescriptor		Cargo

C. Razón para someter la reclamación / Notas Especiales

--

D. Autorización

Certifico que, a mi mejor entendimiento, la información anterior es verdadera y correcta, y por la presente autorizo a cualquier médico, farmacia, empleador, sindicato, compañía de seguros o HMO a proporcionar cualquier información requerida en relación con esta reclamación. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

X _____
Firma del Asegurado

Fecha

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
PARA MEDICAMENTOS CON RECETA**

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente las siguientes instrucciones y complete la forma adjunta

SECCIÓN A – INFORMACIÓN DEL ASEGURADO Y DEL PACIENTE (Complete esta sección para cada miembro de la familia que haya recibido medicamento bajo esta reclamación)

1. Escriba la fecha del día
2. Escriba el nombre del Asegurado (Apellido, Nombre, Inicial)
3. Escriba el nombre del plan y el número de identificación del asegurado (que se encuentra en la tarjeta del plan médico o plan de farmacia)
4. Escriba la dirección del asegurado y los números de teléfono.
5. Escriba el nombre, el número de grupo y la dirección del patrono (que se encuentra en la tarjeta del plan médico o plan de farmacia)
6. Indique si está cubierto por otro plan de medicamentos, incluya el nombre de la compañía aseguradora y el número de grupo.
7. Escriba el nombre del paciente (apellido, nombre, inicial) e indique el parentesco con el titular de la tarjeta.
8. Escriba la dirección postal (dirección del paciente, si el pago debe enviarse a una dirección diferente a la del titular de la tarjeta mencionada anteriormente).
9. Fecha de nacimiento y sexo del paciente.

SECCIÓN B – INFORMACIÓN DE LA RECLAMACIÓN

Por favor, incluya los recibos o copia de la receta junto con este formulario de reclamación o una copia impresa del historial de reclamaciones del paciente de su farmacia. Es preferible que no estén adheridos. No los grape, no los pegue con cinta adhesiva ni pegamento.

Las reclamaciones recibidas que carezcan de cualquiera de la siguiente información pueden ser devueltas o el pago puede ser denegado.

- **Número (#) de identificación (ID) de la farmacia** – Identificador de farmacia de 7 dígitos (NABP #)
- **Nombre de la farmacia** – Nombre de la farmacia en donde adquirió el medicamento
- **Fecha de despacho** – Fecha en la que el medicamento fue despachado
- **Número (#) de Receta** – Número de la receta
- **Cantidad despachada** – Cantidad del medicamento despachado
- **Días Suplidos** – Número de días cubiertos con el suplido del medicamento despachado
- **NDC #** – Código identificador del medicamento (11 dígitos)
- **Prescriptor** – Nombre del médico que prescribe el medicamento
- **Cargo** – Cantidad pagada por el medicamento despachado

Nota: Recibos que hayan sido alterados requieren la firma del farmacéutico.

SECCIÓN C – MOTIVO DE LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIÓN O NOTAS ESPECIALES

Esta sección puede ser utilizada para añadir notas especiales o comentarios adicionales

SECCIÓN D – AUTORIZACIÓN

Firma del asegurado y fecha en la que el documento fue firmado

IMPORTANTE: La reclamación debe estar firmada. (Reclamaciones que no estén firmadas no podrán ser procesadas y serán devueltas)

¿TIENE PREGUNTAS? Puede llamar al Depto. de Servicio al Cliente de ProCare Rx al 1-800-699-3542.

Por favor devuelva esta reclamación a:

**ProCare Rx Claims Reimbursement
1267 Professional Parkway
Gainesville, GA 30507**