

### Instrucciones para completar la solicitud de reembolso de medicamentos:

Al someter una solicitud de reembolso es importante que complete toda la información solicitada en la misma para poder procesarla apropiadamente. Debe someter esta solicitud dentro de 6 meses a partir de la fecha de servicio.

### Reglas generales:

1. Esta solicitud debe ser completada en todas sus partes, incluya en el espacio correspondiente:
  - a. Número de identificación del beneficiario que solicita el reembolso, según aparece en la tarjeta de Cubierta de Farmacia, nombre, dirección y fecha de nacimiento (Sección 1)
  - b. Información de la farmacia donde adquirió el/los medicamentos (Sección 2)
  - c. Información relacionada al medicamento adquirido y al médico que prescribe, según especificada en los recibos que le provee la farmacia (Sección 3). De ser necesario puede llenar más de una solicitud.
2. Incluir copia de la receta
3. Incluir copia del recibo de la farmacia

**Esta solicitud debe ser enviada al Departamento Clínico de abarca health, por fax al 787-625-4363 o a la siguiente dirección:**

abarca health – Departamento Clínico  
 Ave. Muñoz Rivera 650, Suite 701  
 San Juan, P.R. 00918

Sección 1 – Información del Participante				
<b># Identificación</b>		<b>Fecha de Solicitud</b>	___ / ___ / ____ (mm/dd/yyyy)	
<b>Nombre</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>	___ / ___ / ____ (mm/dd/yyyy)	
<b>Teléfono</b>		<b>Genero</b>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<b>Dirección</b>				
<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>Zip Code</b>
<b>Firma</b>				

Sección 2 – Información de la Farmacia				
<b>Nombre</b>				
<b>Dirección</b>				
<b>Ciudad</b>		<b>Estado</b>		<b>Zip Code</b>
<b>Teléfono</b>		<b>NPI</b>		<b>NABP</b>

Sección 3 – Medicamentos			
<b>Medicamento #1</b> <input type="checkbox"/> Receta Nueva <input type="checkbox"/> Repetición # _____	<b>Medicamento #2</b> <input type="checkbox"/> Receta Nueva <input type="checkbox"/> Repetición # _____		
<b>Fecha: Servicio</b> ___ / ___ / ____ <b>Receta</b> ___ / ___ / ____	<b>Fecha: Servicio</b> ___ / ___ / ____ <b>Receta</b> ___ / ___ / ____		
<b>Número de Receta</b>		<b>Número de Receta</b>	
<b>Cantidad Despachada</b>		<b>Cantidad Despachada</b>	
<b>Días de Suplido</b>		<b>Días de Suplido</b>	
<b>Nombre del Medicamento</b>		<b>Nombre del Medicamento</b>	
<b># de NDC</b>		<b># de NDC</b>	
<b>Dosificación:</b> _____ (Inyectable, Crema, Tabletas, etc.)		<b>Dosificación:</b> _____ (Inyectable, Crema, Tabletas, etc.)	
<b>Dosis:</b> _____ (xxx mg, xxx gm, xxx ml, etc.)		<b>Dosis:</b> _____ (xxx mg, xxx gm, xxx ml, etc.)	
<b>NO sustituir indicado por:</b>	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Participante	<b>NO sustituir indicado por:</b>	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Participante
<b>NPI del Médico que prescribe</b>		<b>NPI del Médico que prescribe</b>	
<b>DEA del Médico que prescribe</b>		<b>DEA del Médico que prescribe</b>	
<b>Cantidad Pagada</b>		<b>Cantidad Pagada</b>	