

Instrucciones para completar la solicitud de reembolso a beneficiario:

Al someter una solicitud de reembolso es importante que se someta y complete toda la información incluida en la misma para procesarla apropiadamente.

Reglas generales al someter una solicitud de reembolso:

- a. Esta solicitud debe ser completada en todas sus partes
- b. Es muy importante que en el espacio correspondiente incluya:
 - i. Número de identificación del beneficiario que solicita el reembolso, según aparece en la tarjeta provista por su plan, nombre, dirección y nombre de su plan (Sección 1)
 - ii. Toda la información de la farmacia donde adquirió el/los medicamentos (Sección 2)
 - iii. 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.
 - iv. Incluir copia de la receta
 - v. Incluir copia del recibo de la farmacia

Esta solicitud debe ser enviada por fax al **(787) 274-8166** a la siguiente dirección:

ATTN: **ACAA**
Departamento de Farmacia
PO Box 364847
San Juan, PR 00918-4847

| Sección 1 – Información del Asegurado | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------|---|
| # Identificación del Asegurado | | Fecha de Nacimiento | ____ / ____ / ____ |
| Nombre del Asegurado | | Sexo | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Dirección | | Teléfono | |
| | | Nombre del Plan | |

| Sección 2 – Información de la Farmacia | | | |
|--|--------|--------|----------|
| Nombre de la Farmacia | | NPI | |
| Dirección | | | |
| | Ciudad | Estado | Zip Code |

| Sección 3 – Medicamentos | | Sección 3 – Medicamentos | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Receta Nueva <input type="checkbox"/> Repetición Fecha: ____ / ____ / ____ | | <input type="checkbox"/> Receta Nueva <input type="checkbox"/> Repetición Fecha: ____ / ____ / ____ | |
| Número de Receta | | Número de Receta | |
| Cantidad Despachada | | Cantidad Despachada | |
| Días de Suplido | | Días de Suplido | |
| Nombre del Medicamento | | Nombre del Medicamento | |
| # de NDC | | # de NDC | |
| Forma de Dosificación: _____ (Inyectable, Crema, Tabletas) | | Forma de Dosificación: _____ (Inyectable, Crema, Tabletas) | |
| Dosis: _____ (xxx mg, xxx gm, xxx ml, etc.) | | Dosis: _____ (xxx mg, xxx gm, xxx ml, etc.) | |
| NPI del Médico que prescribe: _____ | | NPI del Médico que prescribe: _____ | |
| DEA del Médico que prescribe: _____ | | DEA del Médico que prescribe: _____ | |