

**Para procesar tu solicitud a tiempo:**

- Se requiere recibo original de la farmacia.
- Se sugiere incluyas copia de la receta para agilizar el proceso y complete la solicitud de reembolso de medicamentos.
- Puedes utilizar más de una solicitud de reembolso en caso de ser necesario.
- **Recomendamos que la sección 2 y 3 sea completada por la farmacia, debido a que cierta información requerida no aparece en el recibo original de la farmacia.**

**Solicitud de Reembolso de Medicamentos**

**Favor enviar toda la documentación a Triple-S Advantage, Inc. a la siguiente dirección:**

**Abarca Health  
Departamento de Determinación de Cubierta  
1606 Ave. Ponce de León  
San Juan, PR 00909-4830  
Fax: 1-855-710-6727**

**Su solicitud será procesada dentro de  
14 días calendario**

Sección 1 – Información del Afiliado			
Nombre: _____		Número de Contrato: _____	
Fecha de Nacimiento: _____ (mm/dd/año)	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Teléfono: _____
Dirección: _____		Ciudad: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
¿Tiene otro plan que cubra este medicamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si responde “sí” por favor indique si es: <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario	
Nombre del otro plan: _____		Número de contrato del otro Plan: _____	
Sección 2 – Información de la Farmacia			
Nombre: _____		Teléfono: _____ NPI#: _____	
Dirección: _____		Ciudad: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
Firma del Farmacéutico: _____			
Sección 3 – Información de los Medicamentos <i>(debe ser completada por la farmacia)</i>			
<b>Medicamento #1</b> <input type="checkbox"/> Receta nueva <input type="checkbox"/> Repetición # ____ de ____		<b>Medicamento #2</b> <input type="checkbox"/> Receta nueva <input type="checkbox"/> Repetición # ____ de ____	
Fecha de Servicio: ____ / ____ / ____		Fecha de Servicio: ____ / ____ / ____	
Fecha de Receta: ____ / ____ / ____		Fecha de Receta: ____ / ____ / ____	
Número de Receta		Número de Receta:	
Cantidad Despachada:		Cantidad Despachada:	
Días de Suplido:		Días de Suplido:	
Nombre del Medicamento:		Nombre del Medicamento:	
Número de NDC:		Número de NDC:	
NPI o DEA del médico:		NPI o DEA del médico:	
<b>Cantidad pagada por el afiliado:</b>		<b>Cantidad pagada por el afiliado:</b>	
<b>Cantidad pagada por otro plan:</b>		<b>Cantidad pagada por otro plan:</b>	

**Firma del Afiliado:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



Triple-S Advantage, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina a base de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Triple-S Advantage, Inc. complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex.

## Multi-Language Insert Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

**Russian:** Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

**Arabic:** إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520) Ta usługa jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-888-620-1919 (TTY/TDD 1-866-620-2520)にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。