

Solicitud de Apelación de Precio de Medicamentos



Instrucciones:

Por favor incluya el recibo de compra de medicamento de la farmacia junto a esta forma al someter su solicitud de apelación de precio de medicamentos.

La solicitud deberá ser firmada solamente por personal autorizado de la farmacia. Luego de completar la solicitud, favor de enviarla por correo electrónico a PriceAppeal@abarcahealth.com. También la puede enviar por fax al (787) 296-9117. No se procesarán solicitudes que estén incompletas, que no incluyan el recibo de compra de medicamento de la farmacia, y/o solicitudes que sean enviadas a otros correos electrónicos o números de fax que no sean los indicados en esta solicitud.

Información del Beneficiario	
Nombre: _____	Cardholder ID: _____
Información de la Farmacia	
Nombre Farmacia: _____	NCPDP o NPI #: _____
Teléfono: _____	Fax: _____
Persona Contacto: _____	Fecha: _____
Información de la Reclamación #1	
Fecha de Servicio: ____/____/____	Número de Receta: _____
Nombre del Medicamento: _____	NDC Medicamento: _____
ICN (Número de Aprobación): _____	¿Medicamento es Genérico? Sí ____ No____
Información de la Reclamación #2	
Fecha de Servicio: ____/____/____	Número de Receta: _____
Nombre del Medicamento: _____	NDC Medicamento: _____
ICN (Número de Aprobación): _____	¿Medicamento es Genérico? Sí ____ No____
Información de la Reclamación #3	
Fecha de Servicio: ____/____/____	Número de Receta: _____
Nombre del Medicamento: _____	NDC Medicamento: _____
ICN (Número de Aprobación): _____	¿Medicamento es Genérico? Sí ____ No____

Razón de Apelación de Precio de Medicamentos/ Comentarios:

Nombre de Personal Autorizado
(Letra de molde)

Firma de Personal Autorizado

.....
Favor de enviar por correo electrónico a PriceAppeal@abarcahealth.com