



ANTES DE ENVIAR SU SOLICITUD DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS A MC-21 CORPORATION VERIFIQUE SU INFORMACIÓN

Información del Asegurado - Incluya el nombre y el número de identificación del asegurado que utilizó los servicios de farmacia según aparecen en la tarjeta de identificación del beneficio de farmacia provista por MC-21. También incluya su dirección postal en forma clara y completa, teléfono y fecha de nacimiento (mes/día/año) y sexo.

Firma del Asegurado - Se requiere la firma del asegurado que utilizó los servicios en cada solicitud de reembolso.

Documentos requeridos con esta solicitud - Copia del recibo original de pago que indique nombre, dirección y teléfono de la farmacia, número de la receta, nombre del medicamento, NDC, cantidad despachada y cantidad pagada por cada medicamento.

Para evitar retrasos en el proceso de la reclamación, es importante que su solicitud de reembolso sea cumplimentada en su totalidad de forma clara y precisa. Si le falta alguna información, su reclamación no será procesada. Una vez cumplimentada, **envíela junto con los documentos requeridos**, a la siguiente dirección:

**MC-21 Corporation
Call Box 4908
Caguas, Puerto Rico 00726**

Atención: Centro de Ayuda al Asegurado

Para su protección, la ley estatal requiere que la siguiente declaración aparezca en esta solicitud de reembolso de medicamentos: Cualquier persona que con conocimiento y con intención de defraudar, someta una solicitud de reclamación a un asegurador o presente un estado de reclamación conteniendo información falsa o esconda con el propósito de engaño información relacionada a cualquier hecho material, incurrirá en un acto de seguro fraudulento, el cual es un delito grave por tanto está sujeto a penalidades civiles y criminales.

**Centro de Ayuda al Asegurado de MC-21 Corporation
Teléfonos Libres de Cargo: 1-866-653-2323 / TTY 1-800-850-6682**

Solicitud de Reembolso de Medicamentos

Importante: Para procesar esta solicitud de reembolso de medicamentos es necesario que el formulario esté cumplimentado en su totalidad. Si falta información, su reclamación no será procesada. Escriba su nombre y el número de identificación de asegurado según aparecen en la tarjeta de identificación del beneficio de farmacia provista por MC-21. Asegúrese de acompañar el recibo original de pago de los medicamentos. **Una vez cumplimentado el formulario, envíelo a: MC-21 Corporation, Centro de Ayuda al Asegurado, Call Box 4908, Caguas, Puerto Rico 00726.**

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO (PACIENTE)

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial
Número de Contrato del Asegurado (Paciente)						
Asegurado Principal	Cónyuge	Dependiente	Género	Femenino	Masculino	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)	/	/	Teléfono	()	
Dirección Postal del Asegurado						
Pueblo/Ciudad		Estado		ZIP Code		-
Nombre del Patrono						
Certifico que toda la información indicada arriba es correcta y que he recibido los medicamentos que se reclaman para reembolso en esta solicitud.						
Firma del Asegurado	X					

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de la Farmacia						
NABP de la Farmacia		Teléfono	()		

INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS DESPACHADOS

(Incluya hasta un máximo de tres (3) medicamentos por solicitud)

Fecha del Servicio (mm/dd/aa)	/	/	Número de Receta	
Nombre del Medicamento			NDC	
Cantidad Despachada		Cantidad Pagada		\$
Nombre del Médico que Receta				
Explique la razón por la cual el asegurado tuvo que pagar por este medicamento:				
Fecha del Servicio (mm/dd/aa)	/	/	Número de Receta	
Nombre del Medicamento			NDC	
Cantidad Despachada		Cantidad Pagada		\$
Nombre del Médico que Receta				
Explique la razón por la cual el asegurado tuvo que pagar por este medicamento:				
Fecha del Servicio (mm/dd/aa)	/	/	Número de Receta	
Nombre del Medicamento			NDC	
Cantidad Despachada		Cantidad Pagada		\$
Nombre del Médico que Receta				
Explique la razón por la cual el asegurado tuvo que pagar por este medicamento:				