



MC-21 CORPORATION • CALL BOX 4908 • CAGUAS, PR 00726 • TEL.: 787-286-6032 EXT. 3146
 • FAX: 787-653-2814

FORMULARIO PARA RECLAMACIONES DE FARMACIAS

NOMBRE DE FARMACIA: _____

PERSONA CONTACTO: _____

NCPDP#: _____

NPI#: _____

TEL.: _____

FAX: _____

TIPO DE RECLAMACION

COSTO DE MEDICAMENTO ⇨** Debe incluir copia de la receta y factura del medicamento.

Número de Receta: _____ Fecha de Servicio: _____

Nombre del Medicamento: _____ ID Asegurado: _____

NDC del Medicamento: _____

Precio por unidad: _____

ADJUDICACION ⇨** Debe incluir copia de la receta, "Claim log" firmado por el asegurado y una breve explicación.

Numero de Receta: _____ Fecha de Servicio: _____

Nombre del Medicamento: _____ ID Asegurado: _____

ESPECÍFICA:

⇨ **TODA RECLAMACIÓN DEBE SER ENVIADA VÍA FAX A 787-653-2814**