



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

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

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

Documentos requeridos con esta solicitud - Copia de la receta de los medicamentos incluidos en la reclamación y el 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.

Por favor:

- ✓ Incluya una sola farmacia por formulario.
- ✓ Incluya un solo participante por formulario.
- ✓ Incluya hasta un máximo de tres (3) medicamentos por formulario.

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
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.

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 participante según aparecen en la tarjeta de identificación de su plan médico o la tarjeta del beneficio de farmacia provista por MC-21, según aplique. Asegúrese de acompañar copia de la receta y el recibo original de pago de los medicamentos. **Una vez cumplimentado el formulario, envíelo a: MC-21, Centro de Ayuda al Asegurado, Call Box 4908, Caguas, Puerto Rico 00726.**

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (PACIENTE)

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial	
Número de Contrato del Participante (Paciente)							
<input type="checkbox"/> Principal		<input type="checkbox"/> Cónyuge		<input type="checkbox"/> Dependiente		Género	
						<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa)		/ /		Teléfono		()	
Dirección Postal del Participante							
Pueblo/Ciudad		País		Zip Code		-	
Nombre del Patrono		WALMART PUERTO RICO					
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 Participante		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 participante 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 participante 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 participante tuvo que pagar por este medicamento:							