MAPFRE | SALUD

ANTES DE ENVIAR SU SOLICITUD DE REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS A MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY OF PUERTO RICO 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 MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY OF PUERTO RICO. 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 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 asegurado 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:

MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY OF PUERTO RICO
PO BOX 70297
San Juan PR 00936

Atención: Departamento de Farmacia

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.

MAPFRE | SALUD

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 MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY OF PUERTO RICO. Asegúrese de acompañar copia de la receta y el recibo original de pago de los medicamentos. **Una vez cumplimentado el formulario, envíelo a: MAPFRE LIFE INSURANCE COMPANY OF PUERTO RICO / PO Box 70297 / San Juan / Puerto Rico 00936.**

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:			