



Formulario de Reembolso por Medicamentos Recetados del Afiliado

SECCION DEL AFILIADO Favor de someter un formulario por cada paciente.

Nombre del Afiliado: _____

Dirección del Afiliado: _____

Ciudad: _____, Puerto Rico Código Postal: _____ - _____

Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Sexo: ___ Masculino ___ Femenino

Identificación del Paciente (Número de identificación de 9 dígitos (ID): _____

Razón de la Petición (por ejemplo, viaje, etc.): _____

SECCIÓN DE FARMACIA Información incompleta pudiera dilatar el proceso de reembolso.

Nombre de Farmacia o NABP	# Rx	Fecha de Despacho	Total Pagado	Cantidad	Suministro de Días	Nombre de Medicamento & # NDC	Médico que Prescribe	Código DAW

Firma del Afiliado: _____ Fecha: _____

Envíe a:
MMM Healthcare, LLC
Departamento de Farmacia
PO Box 71114
San Juan, PR 00936-8014

No olvide incluir el recibo original de la receta y el recibo de la caja registradora con esta forma.
El reembolso es definido por la cubierta de medicamentos de su plan médico.
Para preguntas en cuanto a esta forma, llame al 1-888-767-7717.