



Formulario de Reclamo de Reembolso para medicinas sin receta (OTC)

SECCIÓN A

Nombre del miembro:	Dirección del miembro:
Número del miembro:	Fecha de nacimiento del miembro:
Número de identificación OTC:	Número de teléfono del miembro: ()

SECCIÓN B

Este formulario DEBE de ser completado en su totalidad. No se pueden procesar las solicitudes enviadas con información incompleta y se las devolverá. Por favor complete todas las áreas requeridas para que podamos procesar su pedido. Debe proveer documentación de respaldo para todos los gastos (vea la siguiente página para más detalles).

Fecha de compra (mm/dd/aaaa)	Lugar de compra	Artículo comprado	Costo
/ /			\$
/ /			\$
/ /			\$
/ /			\$
/ /			\$
/ /			\$

Total: \$ _____

Entiendo que sólo recibiré reembolso por las medicinas sin receta y artículos relacionados con la salud aprobados por CMS. Comprendo que los artículos comprados son solamente para mi uso y que sé que no puedo hacer compras para amigos o familiares. Si mi formulario incluye reembolso para un artículo de doble uso, certifico que antes de realizar dicha compra tuve una conversación con mi proveedor, quien verbalmente me recomendó este artículo(s).

Firma del miembro

Fecha

Los artículos sin receta médica (OTC) solo pueden ser comprados para su uso y no para familiares o amigos. La tarjeta OTC de Healthfirst no es una tarjeta de débito o de crédito y no puede ser canjeada por dinero en efectivo. La tarjeta tampoco puede ser usada para comprar medicinas recetadas cubiertas por Parte B o Parte D.

El reembolso será deducido del balance disponible en su tarjeta OTC. En el caso que su balance sea menor que la cantidad que ha enviado, su cantidad máxima de reembolso será la cantidad disponible en el balance de su tarjeta en el momento en que recibamos su petición. Balances que no han sido utilizados se integran automáticamente al balance disponible del siguiente mes. Sin embargo, los saldos no utilizados vencen automáticamente a fines del año calendario el 31 de diciembre, o al cancelar su inscripción.

INSTRUCCIONES:

1. Por favor complete todos las casillas de la **SECCIÓN A** (información del miembro).
2. Enumere los artículos comprados en la **SECCIÓN B**. Si necesita más espacio para escribir sus gastos, puede usar un Formulario de Reclamo adicional.
3. Firme y feche el formulario.
4. Adjunte una copia del recibo con los detalles de compra por cada artículo que esté reclamando. **No envíe cheques cancelados, recibos de tarjeta de crédito o copia de su estado de cuenta.** Solamente los recibos con los detalles y/o facturas de la tienda/farmacia que indiquen los artículos que fueron comprados serán aceptados como comprobante de pago.
5. Complete su formulario y envíelo junto con la documentación de respaldo a:

Envíe por correo a:
Healthfirst Product Management
P.O. Box 5175
New York, NY 10274-5175

¿Tiene preguntas? Miembros en Nueva York llamen a:

Servicio a los Miembros
1-888-260-1010
(TDD/TTY: 1-877-662-4886)

¿Tiene preguntas? Miembros en Nueva Jersey llamen a:

Servicio a los Miembros
1-877-464-4365
(TDD/TTY: 1-866-658-7714)

Los 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.