



Formulario de reembolso de medicamentos de venta libre (OTC) para miembros

Use este formulario para presentar una reclamación de reembolso de costos de bolsillo de los beneficios cubiertos de su plan de medicamentos de venta libre (OTC), si corresponde.

Apellido del miembro	Nombre del miembro	Número de identificación del miembro:
-----------------------------	---------------------------	--

Dirección del miembro:

N.º de calle		
Ciudad	Estado	Código postal

Información del vendedor al detalle de medicamentos de venta libre:

Nombre del negocio:	Teléfono:
----------------------------	------------------

Dirección del negocio:

N.º de calle		
Ciudad	Estado	Código postal

Cantidad total pagada \$:	Fecha del servicio:
--	----------------------------

Envíe este formulario completo con un recibo detallado de cada compra a la siguiente dirección:

EmblemHealth Claims Department
55 Water Street
New York, NY 10041-8190

Conserve una copia de este formulario y su recibo para sus propios registros. Si tiene preguntas, comuníquese con nosotros al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Un representante del Servicio de atención al cliente estará encantado de ayudarlo.

También puede visitarnos en emblemhealth.com/medicare.

EmblemHealth Plan, Inc., EmblemHealth Insurance Company, EmblemHealth Services Company, LLC y Health Insurance Plan of Greater New York (HIP) son compañías de EmblemHealth. EmblemHealth Services Company, LLC proporciona servicios administrativos a las compañías de EmblemHealth.