

Este formulario de reclamación de reembolso de artículos de venta sin receta OTC Plus se utiliza para solicitar el reembolso de gastos de artículos de venta sin receta, artículos relacionados con la salud, alimentos saludables y servicio de Internet en el hogar que califican y que usted pagó de su bolsillo. Los artículos OTC Plus se pueden comprar para su uso personal solamente y no para ser utilizados por amigos o familiares. La tarjeta OTC Plus de Healthfirst no es una tarjeta de débito ni crédito y no se puede canjear por efectivo, ni se puede usar para comprar medicamentos recetados de las Partes B o D. El reembolso en efectivo se restará del saldo de su tarjeta OTC Plus. En caso de que el saldo sea menor que la cantidad presentada, se le reembolsará solamente hasta la cantidad de saldo de su tarjeta en el momento en que se reciba su solicitud. **Este formulario no puede ser usado para reembolsar artículos comprados en tiendas no participantes, artículos OTC no elegibles, alimentos, medicamentos recetados o cualquier servicio médico que usted haya recibido. Consulte la parte inferior de la página para obtener más información sobre los artículos que califican.**

A continuación se encuentran las instrucciones para completar cada sección. Por favor, lea detalladamente antes de completar este formulario.

## Sección 1 | Información del miembro

- Escriba su nombre completo (nombre y apellido) como aparece en la tarjeta de identificación de miembro de Healthfirst.
- Escriba su número de identificación que se encuentra en la tarjeta de identificación de miembro de Healthfirst.
- Escriba el número de tarjeta OTC Plus que aparece en su tarjeta OTC Plus.
- Escriba su dirección completa.
- Escriba su número de teléfono en caso de que necesitemos comunicarnos con usted para verificar cualquier información que usted proporcione.

## Sección 2 | Gastos por artículos OTC Plus e Información para Presentar el Formulario

- Utilizando la información de sus recibos, escriba la fecha de compra (mm/dd/aaaa), lugar de compra, artículo(s) comprado(s) y el monto pagado por cada artículo. *Si necesita más espacio para incluir las compras, asegúrese de completar y adjuntar un formulario adicional.*
- Escriba el monto completo de todos los artículos reclamados.
- Adjunte los recibos detallados originales de su proveedor de servicio de Internet, farmacia o tienda participante donde se compraron los artículos elegibles. **No envíe cheques cancelados ni resúmenes bancarios o de tarjetas de crédito.**
- Revise, firme y escriba la fecha en el formulario de reclamación de reembolso por gastos de artículos de venta sin receta OTC Plus, y envíelo a Healthfirst mediante alguna de las siguientes opciones:

**Por correo electrónico a:**  
OTCINQUIRIES@Healthfirst.org

**Por fax al:**  
212-801-3250

**Por correo postal a:**  
Healthfirst OTC Inquiries  
P.O. Box 5175  
New York, NY 10274-5175

Usted puede encontrar una lista de artículos de venta sin receta OTC Plus que califican en el folleto incluido en el paquete de bienvenida para miembros o en nuestro sitio web [healthfirst.org/otc](http://healthfirst.org/otc).

**Si tiene cualquier pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, puede llamar a: Servicios a los Miembros 1-888-260-1010 (TTY 1-888-867-4132), los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (de octubre a marzo) y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. (de abril a septiembre).**

Si requiere ayuda en persona para completar este formulario, puede visitar las Oficinas Locales de Healthfirst.

## Sección 1 | Información del miembro

Nombre del miembro	Dirección del miembro
Número de identificación de miembro de Healthfirst	Fecha de nacimiento del miembro
Número de Tarjeta OTC Plus	Número de teléfono del miembro

## Sección 2 | Gastos de artículos OTC Plus e Información para Presentar el Formulario

Esta sección DEBE ser completada en su totalidad. Las solicitudes incompletas no se procesarán y serán devueltas. Por favor, complete todos los campos que figuran a continuación para asegurarse de que su reclamación sea procesada de forma oportuna. Usted debe presentar documentación de respaldo para todos los gastos.

Fecha de compra (mm/dd/aaaa)	Lugar de compra	Artículo comprado	Cantidad del gasto
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
<b>Total: \$</b>			_____

Comprendo que sólo puedo recibir un reembolso solo por artículos de venta sin receta, artículos relacionados con la salud, alimentos saludables selectos y servicio de Internet en el hogar que califican y que fueron aprobados por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Comprendo que los artículos comprados son para mi uso personal solamente y que no se pueden comprar para amigos o familiares. Si pretendo que se me realice un reembolso por un artículo de doble propósito, doy fe de que antes de comprar los artículos de doble propósito incluidos aquí, hablé con mi proveedor, quien recomendó los artículos de forma verbal.\*

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

¿Le resultó fácil completar este formulario?      Sí

No

Si su respuesta es no, explique por qué. \_\_\_\_\_

\*Los artículos de doble propósito pueden incluir vitaminas, minerales, suplementos, reemplazos hormonales y herramientas de diagnóstico como monitores de presión arterial.

Los artículos OTC están sujetos a la lista de artículos elegibles del plan y a la red de proveedores minoristas y en línea que participan en el plan.

Healthfirst Health Plan, Inc. proporciona la cobertura. Los planes contienen exclusiones y limitaciones.

Healthfirst Health Plan, Inc. es un plan HMO que tiene un contrato con Medicare y otro con el programa Medicaid de Nueva York. La inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst está sujeta a la renovación del contrato.

Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY: 1-888-542-3821).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821)。