

Este formulario de reclamación se proporciona para solicitar el reembolso de artículos de venta sin receta que **califican** y que usted pagó de su bolsillo. Los artículos de venta sin receta se pueden comprar para su uso personal solamente y no para ser utilizados por amigos o familiares. La tarjeta de artículos de venta sin receta 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 cubiertos por la Partes B o D. El reembolso en efectivo se restará del saldo de su tarjeta de artículos sin receta. 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 gastos por recetas, cualquier servicio médico que usted recibió o artículos de venta sin receta que no califiquen.**

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

Sección A Información del miembro

- Escriba su nombre completo (nombre y apellido) como aparece en la tarjeta de identificación de Healthfirst.
- Escriba su número de identificación que se encuentra en la tarjeta de identificación de miembro de Healthfirst.
- Escriba el número de 19 dígitos que se encuentra en la tarjeta de artículos de venta sin receta.
- 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 B Gastos por artículos de venta sin receta, firma del miembro e información postal

- 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 farmacia o tienda 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, y envíelo por correo a:

Healthfirst Product Management
P.O. Box 5175
New York, NY 10274-5175

Usted puede encontrar una lista de artículos de venta sin receta que califican en el folleto incluido en el paquete de bienvenida para miembros o puede obtener una copia en nuestro sitio web Healthfirst.org/Medicare.

**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.**

Si requiere ayuda en persona para completar este formulario, puede visitar el centro de asistencia de Healthfirst más cercano.

SECCIÓN A: Información del miembro

Nombre del miembro:	Dirección del miembro:
N.º de identificación del miembro:	Fecha de nacimiento del miembro:
N.º de Tarjeta OTC:	Número de teléfono del miembro: ()

SECCIÓN B: Gastos por artículos de venta sin receta

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
/ /			\$
/ /			\$
/ /			\$
/ /			\$
/ /			\$
/ /			\$
			Total: \$ _____

Comprendo que sólo puedo recibir un reembolso por los artículos de venta sin receta y artículos relacionados con la salud 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. _____

Sólo para uso interno

Healthfirst Health Plan, Inc., ofrece planes HMO que tienen contratos con el gobierno federal. El Plan Medicare de Healthfirst tiene un contrato con el programa Medicaid de Nueva York para el Plan Atención Integral (HMO SNP) de Healthfirst y un Acuerdo de Coordinación de Beneficios con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para el Plan Mejor Calidad de Vida (HMO SNP) de Healthfirst. La inscripción en el Plan Medicare de Healthfirst está sujeta a la renovación del contrato.

Healthfirst Medicare Plan, Inc. 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)。