



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

Debe utilizar profesionales de atención médica dentro de la red para los servicios. Si no puede hacerlo debido a circunstancias extraordinarias, utilice este formulario para presentar una reclamación de reembolso de los costos de bolsillo de sus beneficios de OTC cubiertos, si corresponde. Revisaremos su solicitud.

Apellido del miembro	Nombre del miembro	N.º de identificación del miembro
-----------------------------	---------------------------	--

Dirección del miembro

N.º de calle		
Ciudad	Estado	CÓDIGO postal

Información sobre el minorista de OTC

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 artículo comprado 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 ayudarle.

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 empresas de EmblemHealth. EmblemHealth Services Company, LLC, proporciona servicios administrativos a las empresas de EmblemHealth.