



## 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.

<b>Apellido del miembro</b>	<b>Nombre del miembro</b>	<b>Número de identificación del miembro:</b>
-----------------------------	---------------------------	--

### Dirección del miembro:

N.º de calle		
Ciudad	Estado	Código postal

### Información del vendedor al detalle de medicamentos de venta libre:

<b>Nombre del negocio:</b>	<b>Teléfono:</b>
----------------------------	------------------

### Dirección del negocio:

N.º de calle		
Ciudad	Estado	Código postal

<b>Cantidad total pagada</b> <b>\$:</b>	<b>Fecha del servicio:</b>
--	----------------------------

**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](http://emblemhealth.com/medicare).