



Community Health Choice (HMO D-SNP)
Formulario de reembolso para miembros de medicamentos recetados

No es necesario que utilice este formulario para solicitar un reembolso. Este formulario incluye solicitudes de reembolso estándar, así como solicitudes de reclamaciones compuestas. Si su medicamento no es un compuesto, es posible que algunos de los campos solicitados no sean aplicables. Complete toda la información que tenga disponible. Cualquier campo en blanco que intentaremos obtener directamente de su farmacia.

Si tiene preguntas sobre este formulario, llame a Servicios para Miembros al 1-833-276-8306 sin cargo o al 1-713-295-5007 local, (TTY: 711) del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 p. M., Los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. M. A 8:00 p. M. CST. En ciertos días festivos, su llamada será manejada por nuestro sistema telefónico automatizado.

Indique el motivo de su solicitud de reembolso.

- No tenía mi tarjeta de identificación de miembro en el momento de la compra.
- Me cobraron por los medicamentos recibidos durante una visita de atención de urgencia / emergencia.
- Me administraron una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare en el consultorio de mi médico.
- La cobertura principal es con otra compañía de seguros. (Coordinación de beneficios)
- Otro: _____

Debe enviarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos recetados) dentro de los 36 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Número de identificación de miembro			
Se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice (HMO D-SNP)			
Número de identificación de miembro			
Información de miembro			
Apellido		Primer nombre	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de la lesión /enfermedad	¿Se relaciona esto con un accidente de auto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Está relacionado con una lesión? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Otro seguro médico?? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Nombre de otro seguro medico		Número de póliza	
Firma del miembro	Fecha	Número de teléfono	
<p>Su derecho a la confidencialidad: No divulgaremos ninguna información sobre usted a menos que lo solicite por escrito o cuando la divulgación sea necesaria para procesar o revisar un reclamo (a otra compañía de seguros, por ejemplo). Le diremos qué información divulgamos a quién, cuando lo solicite.</p>			