

Formulario de reembolso de créditos de tarjeta de venta libre (Over-the-Counter, OTC)



Este formulario debe utilizarse para solicitar el reembolso de créditos para artículos de venta libre (OTC) **elegibles** que haya intentado comprar utilizando su tarjeta de OTC aprobada por el plan, pero no pudo comprar en una farmacia minorista. Cualquier reembolso de créditos se aplicará al saldo de su cuenta de su tarjeta de OTC.

Tenga en cuenta lo siguiente: la presentación de este formulario no garantiza el reembolso.

Información del miembro	
Nombre del miembro (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido):	Dirección postal (calle o apartado de correos, ciudad, código postal del estado)
Fecha de nacimiento:	Teléfono:
Número de ID del miembro:	Número o nombre de grupo (si corresponde):
Información del producto	
Fecha de compra:	Monto total del reembolso de créditos solicitado:
Nombre de la farmacia minorista (como CVS, Walgreens, etc.):	
Se debe presentar un recibo de los artículos comprados que incluya el nombre y la dirección de la farmacia minorista impresos previamente, los artículos detallados y el monto pagado. Las solicitudes de reembolso sin recibo no se pueden procesar.	
Adjunte un recibo detallado original legible y encierre con un círculo/resalte los artículos para los que solicita el reembolso de crédito. Haga una copia de todos los recibos originales, ya que no podemos devolvérselos.	
Envíe por correo el recibo detallado original como comprobante de pago junto con este formulario completo a: Providence Medicare Advantage Plans Attn: OTC Credit Reimbursement P.O. Box 4447 Portland, OR 97208-4447	

Si los artículos solicitados se aprueban como elegibles, el monto aprobado se agregará a su saldo de OTC, que puede verificar visitando mybenefitscenter.com o comunicándose con Servicios de tarjetas al 1-888-682-2400. Solo se considerarán para reembolsos de crédito a su saldo de OTC los artículos elegibles según las pautas de OTC.

Por el presente confirmo que toda la información proporcionada es correcta.

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Servicio al cliente de Providence Medicare Advantage Plans

503-574-8000 o 1-800-603-2340; TTY: 711

Servicio al cliente está disponible de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana