

Formulario de reembolso de la tarjeta Save Now para NaviCare® SCO y HMO SNP

**¿Olvidó pagar con su tarjeta Save Now
cuando compró artículos elegibles?**

¿Qué cubre mi tarjeta Save Now?

Obtendrá **\$275** por trimestre calendario para comprar artículos **que le ayudarán a mantenerse saludable**, como medicamentos para resfríos/alergias, analgésicos, vitaminas y más. Además, es posible que califique para usar \$100 por trimestre de sus fondos para comprar comida saludables.* Son **\$1,100 por año** para comprar los artículos que necesite.

Haga sus compras en tiendas como CVS Pharmacy, Family Dollar y Walmart. También puede pedir artículos por teléfono o en línea con envíos a domicilio gratis.

¿Cuándo tengo que usar el formulario?

Si ha pagado por alguno de los artículos cubiertos con su tarjeta Save Now, pero no la utilizó para pagar los artículos elegibles.

¿Cómo obtengo el reembolso?

- Complete el formulario que se encuentra en el dorso de este folleto y devuélvanoslo.
- Envíe los recibos originales fechados y las copias de los extractos bancarios o de la tarjeta de crédito que reflejen el costo de los artículos.

Aceptamos varios recibos y solicitudes en un mismo formulario para que pueda recibir un solo reembolso. El reembolso está sujeto a la aprobación de Fallon Health. Espere de cuatro a seis semanas a partir de la fecha en que recibamos el formulario completo para el pago.

¿Necesita más copias de este formulario?

Visite fallonhealth.org/navicare y, en la sección "Member resources" (Recursos para miembros), haga clic en "Plan documents and forms" (Formularios y documentos del plan).



1-877-700-6996 (TRS: 711)

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana.

fallonhealth.org/navicare

(sigue al dorso) >

* El beneficio de alimentos de \$100 (por trimestre calendario) es parte de un programa complementario especial para personas con enfermedades crónicas. Para reunir los requisitos, los inscritos deben tener diagnósticos de afecciones crónicas registradas con Fallon Health, como trastornos cardiovasculares, afecciones crónicas e incapacitantes de salud conductual, trastornos pulmonares crónicos, diabetes y trastornos neurológicos. Esta no es una lista completa de las afecciones crónicas elegibles. No todos los miembros con una afección elegible cumplen con los requisitos. También se aplican otros criterios de elegibilidad y cobertura.

Formulario de reembolso de la tarjeta Save Now de NaviCare®

Utilice este formulario para solicitar un reembolso por artículos elegibles.

Maneras de recibir el reembolso:

1. Envíe por correo postal el formulario completo a esta dirección:
Fallon Health,
P.O. Box 211308, Eagan, MN 55121-2908
2. Envíe por correo electrónico el formulario completo a esta casilla:
reimbursements@fallonhealth.org

Información DEL MIEMBRO

Nombre:	Número de teléfono: ()
Fecha de nacimiento:	Número de la tarjeta de identificación de NaviCare:

Información DEL SOLICITANTE

¿Este formulario lo completará un miembro del personal de Fallon Health en nombre del miembro? ☐ Sí ☐ No	
¿El solicitante no es el miembro? ☐ Sí ☐ No	
Nombre de la persona que solicita el reembolso:	
Relación con el miembro:	☐ AOR/PRA ☐ POA
Dirección del solicitante:	Teléfono del solicitante:
¿Aprobó el miembro que se emita el cheque de reembolso al solicitante? ☐ Sí ☐ No	

INFORMACIÓN DE LA compra

Minoristas donde se compraron los artículos:		
Ciudad/estado de los minoristas:		
Fecha de la compra:	Cargo	Monto pagado
Descripción de los artículos comprados:		

Certificación y autorización

Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender. Solicito el reembolso únicamente para los gastos elegibles efectuados durante el año de beneficios correspondiente y para los miembros elegibles.

Firma del miembro o representante:

Fecha: _____

