

NaviCare® HMO SNP

Formulario de reembolso de la tarjeta Save Now

**¿Olvidó usar su tarjeta Save Now
al pagar sus artículos elegibles?**

¿Qué cubre mi tarjeta Save Now?

Cada trimestre calendario, **cargaremos \$375*** en su tarjeta Save Now para que pueda comprar medicamentos para el resfriado o las alergias, analgésicos, pasta dental, jabón, champú y más. Obtendrá hasta \$1,500 durante el año para usar en tiendas como CVS Pharmacy, Walgreens y Target. También puede pedir artículos a través de Medline, por teléfono o en línea con entrega gratuita a domicilio.

Si tiene una afección crónica que reúne los requisitos: Cada trimestre calendario, \$200** de su dinero de Save Now se reservan para alimentos saludables y \$175 para comprar artículos de salud y atención personal. No todos los miembros califican. Para obtener más información, comuníquese con Fallon Health.

¿Cuándo tengo que usar el formulario?

Si ha pagado alguno de los artículos cubiertos por su tarjeta Save Now, pero no la utilizó para pagar los artículos elegibles. Tenga en cuenta que el reembolso se deducirá de su saldo de Save Now.

¿Cómo obtengo el reembolso?

- Complete el formulario que se encuentra en el dorso de este folleto y devuélvanoslo.
- Envíe los recibos originales fechados y copias de los estados de cuenta bancarios/de tarjetas de crédito que indiquen el cargo por sus artículos elegibles antes del 31 de marzo del año siguiente por los gastos incurridos entre el 1 de enero y el 31 de diciembre.

Aceptamos múltiples recibos y solicitudes en 1 formulario, por lo que puede recibir un reembolso de una sola vez.

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

over >

** Se agregan \$375 a la tarjeta Save Now cada tres meses: en enero, abril, julio y octubre. El monto restante en la tarjeta se vence al final de cada trimestre. El dinero no se transfiere al trimestre siguiente. El monto total que se puede gastar en un año se determina en función de una membresía en el plan de un año calendario de 12 meses.*

***El beneficio de alimentos de \$200 (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 el formulario completado a:

Fallon Health,
P.O. Box 211308, Eagan, MN
55121-2908

2. Envíe por correo electrónico el formulario completado a la siguiente dirección:

reimbursements@fallonhealth.org

Información del miembro

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

Información del SOLICITANTE

¿Un miembro del personal de Fallon Health está completando este formulario en nombre del miembro? ☐ Sí ☐ No

¿El solicitante es una persona que no es el miembro? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la persona que solicita el reembolso:

Relación con el miembro: ☐ AOR ☐ POA

Dirección del solicitante: Teléfono del solicitante:

¿Ha aprobado 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 pagó
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: _____

