



## Fármacos o dispositivos anticonceptivos de venta libre

En un plazo de 90 días a partir de la fecha de compra, puede presentar una solicitud para que le reembolsen el costo de fármacos o dispositivos anticonceptivos de venta libre cubiertos de la forma siguiente:

- Paso uno. Descargue y llene el Formulario de Reclamo de Reembolso (Reimbursement Request Form) en donde proporcionará información como su nombre, dirección, número de identificación del plan y un recibo pagado válido.
- Paso dos. El recibo pagado válido debe delinear explícitamente los fármacos o dispositivos anticonceptivos de venta libre cubiertos que compró.
- Paso tres. Envíenos su formulario debidamente llenado y firmado y el recibo pagado válido en un plazo de 90 días a partir de la fecha de compra a:
  - Mediante correo electrónico a WSCC.pharmacy@westernskycommunitycare.com;
  - Por fax al 1-833-395-5940; o
  - Por correo postal de Estados Unidos a Ambetter from Western Sky Community Care, Claims Department-Member Reimbursement, PO Box 5010, Farmington, MO 63640-5010.

Asumiendo que su Reclamo de Reembolso (Request for Reimbursement) esté completo y que nos lo envíe oportunamente en un plazo de 90 días a partir de la fecha de compra, lo procesaremos en los siguientes 30 días si nos lo envía por correo electrónico o fax y en los 45 días siguientes si nos lo envía por correo postal.

Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para los Afiliados al 1-877-687-1197 (TDD/TTY: 1-877-941-9238). En el Formulario de Reclamo de Reembolso (Reimbursement Request Form) y la Hoja de Ayuda / Preguntas Frecuentes que le acompaña también encontrará información útil. Puede descargar este formulario en

<https://ambetter.westernskycommunitycare.com/resources/handbooks-forms.html>.