



Formulario comercial de reembolso de prueba de COVID-19 de venta libre para el hogar



Instrucciones del formulario de reclamación

Complete este formulario para cada miembro cubierto para solicitar el reembolso de sus pruebas de COVID-19 de venta libre para el hogar compradas a partir del 15 de enero de 2022.

Los formularios de reclamación sin la información requerida no se pueden procesar y se devolverán al remitente. Los campos marcados con un asterisco (*) son requeridos.

Parte 1: Información del Miembro (debe ser completada por el miembro)

1. Complete toda la información de la Parte 1. El número de Identificación del Suscriptor Principal/Titular de la tarjeta se encuentra en su tarjeta de seguro.
2. Presente reclamaciones dentro del período de presentación especificado por su plan de salud. Si tiene preguntas sobre su período de presentación, llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de seguro.
3. Por favor envíe un formulario de reclamación por separado para cada miembro y farmacia, tienda o minorista en línea donde compró la prueba de COVID-19 de venta libre para el hogar.
4. **NOTA IMPORTANTE:** El pago y la correspondencia relacionada se enviarán al suscriptor principal a menos que nos proporcione una dirección alternativa en la Parte 1.

Parte 2: Recibo

1. Envíe la información solicitada para la prueba de COVID-19 de venta libre para el hogar.
2. Incluya todos los recibos originales de la farmacia, tienda o minorista en línea. Pegue los recibos en una página separada para enviarlos con el formulario de reclamación. Nota: No engrape recibos u otra documentación al formulario de reclamación.

Parte 3: Envío

Envíe el formulario completado y el/los

recibo/s a:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509098
San Diego, CA 92150-9098



Formulario comercial de reembolso de prueba de COVID-19 de venta libre para el hogar



PARTE 1

*Indica información requerida

| | | | |
|---|--|--|---|
| Número de Identificación del Suscriptor Principal/Titular de la tarjeta * | | Número de Grupo | |
| Nombre del Plan de Salud/Seguro | | Nombre del Suscriptor Principal* | Fecha de Nacimiento: (mm/dd/aaaa)* / / |
| Nombre del Miembro: (Nombre, Inicial, Apellido)* | | Fecha de Nacimiento: (mm/dd/aaaa)* / / | Relación al Suscriptor Principal Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> |
| Dirección del Suscriptor Principal: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | | | |
| Dirección Alternativa: (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) | | | |
| *Si no se especifica una dirección alternativa, la correspondencia y/o el pago se enviarán a la dirección del suscriptor principal registrada en su plan/seguro médico. | | | |
| Número Telefónico del Miembro: () | | | |

PARTE 2

Ingrese la información requerida

| | | | | | |
|---|---------------------------------|--|--|--|--|
| Nombre de la Farmacia, Tienda o Minorista En Línea * | | Lugar de Compra (en el recibo)* (indique uno) Farmacia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | | Número Telefónico (Farmacia, Tienda o Minorista En Línea)* | |
| Dirección de la Farmacia/Dirección de la Tenda/URL del Sitio Web del Minorista en Línea | | | | NPI de la Farmacia (si se compra en la farmacia) | |
| Ciudad | | Estado | Código Postal | | |
| Fecha de la Compra* (mm/dd/aaaa) / / | Costo Total de la Compra* \$ | Número de pruebas presentadas para reembolso?* | Nombre del producto de la prueba de venta libre de COVID-19 y/o Código nacional de medicamentos (NDC) Enumere todos los nombres de productos en el recibo. Si compró más de una marca de prueba, indique todos los nombres. Nombre del Producto*: _____ Nombre del Producto: _____ NDC (si está disponible): _____ | | |

Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas o intencionalmente, tergiversar, omita o falsifique la información solicitada en este formulario puede ser declarada culpable de un delito y/o sujeta a sanciones civiles o penales.

Certifico que las pruebas de venta libre para el hogar solicitadas para el reembolso no se utilizarán con fines laborales, no han sido (y no serán) reembolsadas por otra fuente y no son para reventa.

Al firmar a continuación, certifico que he leído y entendido este formulario, y que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma*

Fecha*