

Pruebas Caseras de COVID-19

Instrucciones para someter solicitud de reembolso a MediExcel Health Plan por el costo de las pruebas caseras de COVID-19, aprobadas por la FDA. A partir del 15 de enero de 2022.

Completa los siguientes requisitos:

1. Debes ser miembro activo de MediExcel Health Plan en la fecha en que compraste la prueba.
2. Completa un formulario de reembolso por miembro.
3. Se requiere un formulario completo por separado para cada miembro inscrito.
4. Si el miembro es menor de edad, el formulario debe ser firmado por el padre o tutor el cual está inscrito en MediExcel Health Plan.
5. Incluye el **recibo detallado** con fecha a partir del 15 de enero de 2022.
6. Proporciona la marca de la prueba casera de COVID-19, la cual deberá ser aprobada por la FDA.
7. Incluye el Código de Producto Universal (UPC) de la caja. El código UPC normalmente se encuentra debajo de la barra código y es un número de 12 dígitos.

Notas Importantes - Favor de Leer

Se te reembolsará el precio de compra hasta \$12.00 USD. Solo ocho pruebas por mes son elegibles para reembolso. Las pruebas caseras de COVID-19 sometidas para reembolso no se pueden utilizar con fines laborales, *(cuando un empleador u otra entidad requiere pruebas repetidas o masivas con fines de vigilancia o empleo.)*

MediExcel Health Plan tiene licencia para cubrir atención de emergencia y urgencia en los EE. UU. Estamos esperando orientación reglamentaria la cual podría afectar nuestra capacidad futura para cubrir las pruebas caseras de COVID-19 compradas en los EE. UU.

Formularios incompletos o falta de información podría resultar en una demora o falta de pago de tu solicitud. El formulario de reembolso completo debe enviarse dentro de los 30 días posteriores a la compra de las pruebas. Favor de guardar copias de todos los artículos enviados a MediExcel Health Plan. Espera 45 días a partir de la recepción de tu documentación completa para tu reembolso.

Envía tu formulario completo con todos los requisitos por correo regular a:

MediExcel Health Plan
Attention Claims Department
750 Medical Center Ct., Suite 2
Chula Vista, CA 91911

Para preguntas:

Comunícate con nuestro Departamento de Reclamos al (619) 421-1659 x 2030, o por correo electrónico a claims@mediexcel.com



Solicitud de Reembolso para Pruebas Caseras de COVID-19

INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO DE PRUEBAS CASERAS DE COVID-19

1. Debes ser miembro activo de MediExcel Health Plan en la fecha en que compraste la prueba.
2. Completa un formulario de reembolso por miembro.
3. Se requiere un formulario completo por separado para cada miembro inscrito.
4. Si el miembro es menor de edad, el formulario debe ser firmado por el padre o tutor el cual está inscrito en MediExcel Health Plan.
5. Incluye el **recibo detallado** con fecha a partir del 15 de enero de 2022.
6. Proporciona la marca de la prueba casera de COVID-19, la cual deberá ser aprobada por la FDA.
7. Incluye el Código de Producto Universal (UPC) de la caja. Normalmente se encuentra debajo de la barra código y es un número de 12 dígitos.

Se te reembolsará el precio de compra hasta \$12.00 USD. Solo ocho pruebas por mes son elegibles para reembolso. Las pruebas caseras de COVID-19 sometidas para reembolso no se pueden utilizar con fines laborales.

Formularios incompletos o la falta de información podría resultar en una demora o falta de pago de tu solicitud. El formulario de reembolso completo debe enviarse dentro de los 30 días posteriores a la compra de las pruebas. Favor de guardar copias de todos los artículos enviados a MediExcel Health Plan. Espera 45 días a partir de la recepción de tu documentación completa para tu reembolso.

Envía el formulario con los documentos requeridos a **MediExcel Health Plan, Attention Claims Department, 750 Medical Center Ct., Suite 2, Chula Vista, CA 91911.**

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Apellido	Nombre	Número de Miembro #	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Número Telefónico o Correo Electrónico

PADRE/TUTOR – COMPLETA ESTA SECCIÓN SOLO SI EL MIEMBRO ES MENOR DE 18 AÑOS

Apellido	Nombre	Número de Miembro #
----------	--------	---------------------

INFORMACIÓN DEL COMERCIANTE/PRODUCTO

Nombre del Comerciante	Fecha de Compra	Cantidad pagada al Comerciante por la(s) prueba(s)
------------------------	-----------------	--

Dirección del Comerciante

Marca de la(s) prueba(s) casera(s) de COVID-19 comprada(s)	Código de producto universal (UPC) de la caja. Por lo general, un número de 12 dígitos.
--	---

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN - LEER, FIRMAR Y FECHAR

Certifico que las pruebas caseras de COVID-19 por las que solicito el reembolso se compraron para mi uso personal, no se compraron con fines laborales, no han sido (*ni serán*) reembolsadas por otra fuente, y no han sido (*ni serán*) dadas o vendidas a otro individuo o entidad. Certifico que la información anterior es verdadera y que el material adjunto es correcto e inalterado y que los gastos fueron incurridos por el miembro mencionado anteriormente. Entiendo que todos los documentos presentados pasan a ser propiedad de MediExcel Health Plan y no serán devueltos. Entiendo que si envío recibos falsos o documentos alterados de manera fraudulenta, es posible que se cancele mi inscripción en MediExcel Health Plan y/o ser sujeto a sanciones civiles o penales. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para revisar o procesar esta solicitud. **Entiendo que MediExcel Health Plan puede cancelar el programa de reembolso de pruebas caseras de COVID-19 en cualquier momento. Residentes de California:** Para tu protección, la ley de California exige que lo siguiente aparezca en/junto con este formulario. Toda persona que a sabiendas presente una declaración falsa o fraudulenta para reclamar el pago de un reembolso, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y reclusión en una prisión.

Firma del Paciente (o del Padre/Tutor si el Paciente es Menor de Edad)

Fecha

MediExcel Health Plan Use Only

Date Processed:

Processed By:

Approved By: