

Formulario de Reclamación de Reembolso para Pruebas de COVID-19 en el Hogar de Venta sin Receta SIN una Orden de un Proveedor de Atención de la Salud



Use este formulario para pedir el reembolso de pruebas de COVID-19 en el hogar de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) que hayan sido compradas **sin** una orden de un proveedor de atención de la salud. Para calificar para el reembolso, las pruebas deben estar autorizadas por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) para un uso de emergencia.

Instrucciones importantes

- **Si usted tiene una orden de un proveedor de atención de la salud autorizado y con licencia para estas pruebas, use el formulario de reclamación para pruebas en el hogar OTC CON una orden de un proveedor de atención de la salud.**
- Los miembros de Medi-Cal y Medicare Advantage no deben usar este formulario.
- Este formulario es para las pruebas de COVID-19 en el hogar OTC compradas para usted y otros miembros de su plan. **Esto no incluye hisopados o pruebas que deben enviarse a un laboratorio para obtener los resultados.**
- Complete el siguiente formulario con tinta azul o negra. También puede completar el formulario en una computadora, y después imprimirlo y enviarlo por correo.
- Todos los campos marcados con un asterisco (*) son obligatorios.
- Envíe un recibo u otro comprobante de pago para la o las pruebas compradas.
- El o los recibos deben mostrar claramente la o las fechas de compra y los cargos de la o las pruebas en el hogar OTC.
- Cada prueba se cuenta de manera individual incluso si un paquete incluye dos (2) o más pruebas.
- Cada miembro de su plan puede pedir el reembolso de hasta ocho (8) pruebas por mes sin una orden de un proveedor de atención de la salud.

Nota: Si usted tiene una cobertura médica primaria con otra aseguradora, envíe primero su reclamación a esa aseguradora. Consulte con ellos cómo presentar su reclamación.

Recuerde firmar con su nombre en el espacio suministrado. Envíe el formulario completo y el comprobante de pago por correo a la dirección indicada al final de este formulario. Es posible que su reembolso se retrase o se rechace si no recibimos la información requerida.

Información del suscriptor

*Nombre completo:

*Identificación del suscriptor:

Número de grupo:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección electrónica:

Número de teléfono:

Pruebas en el hogar OTC compradas para el suscriptor y los miembros

Indique el suscriptor/los miembros para quienes se compraron las pruebas. **Cada prueba debe contarse por separado.** Esto se aplica incluso si un paquete incluye dos (2) o más pruebas.

	*Nombre completo (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	*Fecha de nacimiento	*Cantidad de pruebas en el hogar compradas para este miembro	Cantidad de pruebas en el hogar compradas por indicación de su empleador (examen de empleo para volver a trabajar)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
Cantidad total de pruebas en el hogar OTC presentadas para su reembolso en este formulario				
*Precio total general de compra de todos los recibos de pruebas en el hogar OTC para esta reclamación			\$	

Nota: En este cuadro pueden incluirse hasta ocho (8) miembros como máximo. Si necesita incluir más miembros, adjunte una hoja aparte con la información requerida junto con este formulario de reclamación.

*Brinde el o los nombres de la o las pruebas en el hogar OTC autorizadas por la FDA compradas. Por ejemplo, BinaxNOW, iHealth, CareStart, Intelliswab:

Firma del miembro

Al enviar este formulario, certifico que la información que he brindado es correcta y autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar esta reclamación. Certifico también que pido el reembolso de una o más pruebas de COVID-19 en el hogar OTC compradas para **uso personal y no para reventa, y que no he recibido ni recibiré un reembolso de otra fuente.**

Firma

Fecha

Envíe el formulario completo con una copia del o de los recibos de compra por correo a:

Blue Shield of California
P.O. Box 272540, Chico, CA 95927-2540

¿Tiene alguna pregunta?

Si tiene alguna pregunta, llame al servicio al cliente al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield.

A53064-SP-FF (1/22)

2 de 2