HealthSCOPE BENEFITS

Formulario de reembolso para prueba de COVID-19 de venta sin receta (OTC) para hacerse en casa

El propósito de este formulario es solicitar el reembolso para pruebas de COVID-19 de venta sin receta para hacerse en casa, que han sido autorizadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos. Dichas pruebas podrían estar cubiertas por su plan médico comprado a partir del 15 de enero de 2022.

- Este formulario es para las pruebas de COVID-19 de venta sin receta (over-the-counter, OTC) que usted compró.
- Escriba sus respuestas en letra de molde y con tinta negra o azul. También puede llenar el formulario usando una computadora e imprimir el formulario llenado y enviárnoslo por correo.
- Incluya un comprobante de pago (como un recibo pagado) que indique el nombre de la prueba junto con este formulario llenado. Si no recibimos la información necesaria, su solicitud no se procesará.
- Envíe el formulario llenado y el comprobante de pago a la dirección que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID del plan de salud.

Información de contacto del suscriptor o titular de la póliza

Nombre completo _____

ID de miembro _____ N.º de plan/grupo _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / _____
MM DD AAAA

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Esta es una dirección nueva? ◯ Sí ◯ No

Número de teléfono (_____) _____

Dirección de correo electrónico _____

Información sobre su prueba de COVID-19 de venta sin receta

Ingrese cuántas pruebas individuales se compraron _____

Nota: Muchas pruebas de COVID-19 se venden en paquetes de 2. Por cada paquete de 2, el número total de pruebas individuales compradas sería igual a 2.

Nombre de la prueba autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos que se compró *(por ejemplo, BinaxNOW, QuickVue, Intelliswab, etc.)* _____

Cantidad que usted pagó por las pruebas de COVID-19 de venta sin receta para hacerse en casa, incluido cualquier impuesto sobre las ventas que corresponda: $ _____

Fecha(s) de compra ____ / ____ / _____
MM DD AAAA

(Más información en la parte de atrás)

Firma del miembro

Firma _____ Fecha ____ / ____ / _____
MM DD AAAA

Al haber firmado arriba, indico que la información anterior es correcta. Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo que contenga una declaración falsa o información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un hecho delictivo punible en virtud de la ley y puede estar sujeta a sanciones civiles.

¿Listo para enviar el formulario llenado?

Antes de enviar su formulario por correo, asegúrese de:

- Llenar y firmar el formulario
- Incluir un comprobante de pago, como un recibo pagado
- Guardar una copia de todo lo que nos envíe

Envíe el formulario llenado y el comprobante de pago a la dirección que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID del plan de salud.

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro.

© 2025 United Healthcare Services, Inc. UMF0007-HSB-SP 0225 UA
Ninguna parte de este documento puede reproducirse sin autorización.