



P.O. Box 30192 Salt Lake City, UT 84130-0192 800-538-5038 selecthealth.org

## Formulario de reembolso de reclamación de pruebas OTC de detección de COVID-19

### A. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR

Puede usar este formulario para solicitar el reembolso de las pruebas sin receta médica de antígeno de COVID-19 que hayan sido autorizadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés). Este formulario es solo para afiliados que obtienen su seguro a través de su empleador o que compran un plan comercial individual de SelectHealth. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros al **800-538-5038**.

N.º de identificación del suscriptor (se encuentra en su tarjeta de identificación de SelectHealth) \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor \_\_\_\_\_ N.º de teléfono del suscriptor \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AA)

Relación con el suscriptor:  Yo mismo  Cónyuge  Dependiente

Domicilio del suscriptor \_\_\_\_\_

Ciudad del suscriptor \_\_\_\_\_ Estado del suscriptor \_\_\_\_\_ Código postal del suscriptor \_\_\_\_\_

### B. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

¿Tiene el suscriptor otro seguro médico además de SelectHealth?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor complete lo siguiente:

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ ¿Es este el seguro principal del suscriptor?  Sí  No

N.º de identificación de otra póliza de compañía de seguros \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AA)

Relación con el suscriptor:  Yo mismo  Cónyuge  Dependiente

### C. INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMACIÓN

Nombre del fabricante de la prueba de antígeno de COVID-19 \_\_\_\_\_  
*Obligatorio*

¿Esta prueba fue recetada por su proveedor de atención médica?  Sí  No \*Si es Sí, por favor adjunte documentación sobre la orden de su proveedor como lo pide la Sección E. a continuación.

Nombre y apellido del proveedor que receta (si corresponde) \_\_\_\_\_

Fecha de compra \_\_\_\_\_ Monto de compra de la prueba (Sin impuestos) \$ \_\_\_\_\_  
(MM/DD/AA)

Impuesto asociado con el monto de compra de la prueba \$ \_\_\_\_\_ Cantidad de pruebas (N.º de pruebas individuales) \_\_\_\_\_

**NOTA:** Se rechazarán las reclamaciones que excedan el límite de ocho pruebas por afiliado por mes. Los afiliados no pueden presentar reclamaciones para meses futuros y solicitar un reembolso. SelectHealth no reembolsa los costos de envío y manejo de las pruebas OTC de detección de COVID-19.

### D. RECIBO

Por favor adjunte una copia de su recibo.

## E. RECETA DEL PROVEEDOR (si corresponde)

Por favor adjunte documentación sobre la orden de un proveedor.

## F. FIRMA DEL AFILIADO

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ (MM/DD/AA)

Al firmar, declaro que la información que he proporcionado en este formulario es correcta. Si presenté conscientemente esta declaración de reclamación y proporcioné cualquier declaración falsa o información falsa, incompleta o engañosa, puedo ser culpable de un acto criminal sancionable por la ley y también puedo estar sujeto a sanciones civiles.

## Instrucciones para el formulario de reembolso

Para asegurar que sus beneficios son administrados correctamente y sin demora, por favor llene toda la información en este formulario. Adjunte una copia de su recibo con este formulario. Si está presentando varios recibos, necesitará un formulario de reembolso para cada recibo. Guarde una copia de su formulario completo y de todos los materiales asociados que nos envíe.

Envíe sus reclamaciones a la dirección que se encuentra a continuación:

**SelectHealth**  
**P.O. Box 30192**  
**Salt Lake City, Utah 84130-0192**

Las reclamaciones presentadas sin los números de identificación apropiados pueden retrasarse o ser devueltas para obtener mayor información. Si tiene preguntas, llame a Servicios para miembros al **800-538-5038** de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., y sábados, de 9:00 a. m. a 2:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

SelectHealth respeta las leyes federales de derechos civiles. No le brindaremos un trato diferente por motivos de raza, color, origen étnico o nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, o estado de veterano.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

**注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。請致電**

SelectHealth Advantage: 855-442-9900 (TTY: 711) / SelectHealth: 800-538-5038