

Formulario de reclamación para la prueba de COVID 19 en el hogar de venta libre (Over the Counter, OTC)

Reembolso directo a miembros

Este formulario de reclamación puede utilizarse para solicitar el reembolso de los gastos cubiertos.

Parte 1: Información del miembro

1. Complete TODA la información. Puede encontrar su número de identificación en su tarjeta de identificación de miembro.
2. Presente las reclamaciones dentro del período de presentación especificado en su plan de beneficios. Si tiene preguntas sobre su período de presentación, revise su manual para miembros o llame al número de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de miembro.
3. Envíe un formulario por separado para cada paciente para el que haya comprado medicamentos.
4. El reembolso se hará directamente al TITULAR DE LA TARJETA, a menos que se indique lo contrario.

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Número de teléfono ()	Fecha de nacimiento	Sexo (encerrar en un círculo) Masculino Femenino
Número de identificación		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
Firma del miembro		Fecha de la firma

Parte 2: ¿Dónde se compró la prueba de COVID 19 de venta libre?

1. Complete TODA la información.
2. Envíe un formulario por separado para cada distribuidor del cual compró la prueba de COVID 19 de venta libre.

Nombre de la farmacia/en línea/minorista	Número de teléfono ()	
Dirección (o dirección del sitio web)		
Ciudad	Estado	Código postal

Formulario de reclamación para la prueba de COVID 19 en el hogar de venta libre (Over the Counter, OTC)

Reembolso directo a miembros

Parte 3: Información del recibo

1. Incluya los recibos o las impresiones originales; pegue los recibos originales en la parte inferior de esta página. NO los abroche. *Se rechazarán los reembolsos si no se envía el recibo junto con la solicitud.
2. Los recibos deben contener la información descrita en la Parte 3. Si sus recibos no contienen alguno de estos datos, complete la información que falta según la Parte 3.
3. No se devolverán los recibos; recuerde conservar una copia del formulario de reclamación completado y los recibos para sus registros.

Fecha de compra	Nombre del producto
Código Nacional de Medicamentos (NA si el código no está disponible)	Cantidad de pruebas de COVID en el paquete
Monto pagado por el miembro	

Envíe por correo postal, fax o correo electrónico este formulario junto con los recibos a la siguiente dirección:

Navitus Health Solutions
P.O. Box 999
Appleton, WI 54912-0999

Por fax: 920.735.5315 / Número gratuito: 855.668.8550 O

Correo electrónico: ManualClaims@Navitus.com

Información sobre la prueba de COVID 19 en el hogar de venta libre para tener en cuenta:

1. *Al completar y enviar este formulario, usted certifica que el uso de estas pruebas de COVID-19 es estrictamente para uso personal del miembro y no se utilizará para las pruebas dirigidas por el empleador.*
2. *Los miembros cubiertos por planes calificados son elegibles para la cobertura de pruebas de antígenos de venta libre (OTC) aprobadas por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA), según lo definido por su plan de salud. Comuníquese con su plan de salud para obtener más detalles sobre los límites de cobertura específicos.*
3. *La prueba elegible se reembolsará a una tarifa de hasta \$12 por prueba individual.*
4. *Medicare no permite el reembolso de las pruebas OTC COVID-19.*