

Complete un formulario para CADA miembro  
 Consulte las "Instrucciones de Envío" en la página 2 de este documento para conocer los requisitos de recibos.

### Motivo de la Solicitud de Reembolso

- Reembolso de un kit de recolección de muestras COVID19 casero. La muestra se envió a un centro externo y un laboratorio o centro interpretó los resultados. **ALTO:** Use el formulario estándar de reembolso de reclamos médicos).
- Reembolso por una prueba de COVID19 que fue administrada por un médico o farmacéutico. **ALTO:** Utilice el formulario estándar de reembolso de reclamaciones médicas).
- Reembolso por una prueba de resultados rápidos casera y de venta libre. Resultados interpretados por el consumidor. **PROCEDER**

### Información del Titular de la Tarjeta:

HCID (Número de Identificación del Asegurado Principal):	Nombre del Empleador:
No. de Grupo / No. de Póliza:	No. de Plan:
Nombre del Asegurado Principal (Apellido, Nombre, Segundo Nombre):	Fecha de Nacimiento del Asegurado Principal (Mes/Día/Año):
Dirección del Asegurado Principal (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):	Número de Teléfono del Asegurado Principal:

### Información del Paciente: Kit de Prueba COVID-19 Comprado para:

Nombre del Miembro (Apellido, Nombre, Segundo Nombre):	Sufijo del Miembro (número de dos dígitos):	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente	Nombre del Miembro (Apellido, Nombre, Segundo Nombre):
--	---	---	--

### Información del Minorista:

Nombre del Minorista (tienda/farmacia):	Fecha de Compra:	Número de Teléfono:
Domicilio (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal):		

### Información del Kit de Prueba:

Fecha de Compra:	Costo Total:	Nombre de la Prueba y Fabricante:	
Cajas Compradas:	Cantidad por Caja:	Código NDC: <i>proporcione el código UPC si el NDC no está disponible</i>	Código UPC:

### Límites y Requisitos de Reembolso:

- La prueba debe comprarse a partir del 15 de enero de 2022
- 8 pruebas por miembro, por mes.
- El reembolso máximo en farmacias y minoristas fuera de la red es de \$12 por prueba.
- La presentación del reembolso debe incluir el recibo de compra que incluye la fecha de compra, los cargos del kit de prueba y el nombre del kit de prueba.

### Atestación del Cliente

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es correcta y que los gastos del kit de prueba enviados son para mí o mis dependientes elegibles. Entiendo que los actos fraudulentos (incluidos los reclamos falsos) pueden estar sujetos a sanciones civiles o penales. También autorizo la divulgación de información elegible relacionada con este(os) reclamo(s) al administrador del plan, suscriptor, patrocinador del plan, titular de la póliza y/o empleador.

Por favor marque Sí o No para cada una de las siguientes preguntas:

- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | El cliente compró este kit de prueba para uso personal o para el uso de un miembro del plan cubierto. |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Este kit de prueba se compró con fines laborales.   |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Este kit de prueba ha sido (o será) reembolsado por otra fuente.                                      |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Este kit de prueba ha sido (o será) puesto a la venta.  |

Firma:	Fecha:
--------	--------

## INSTRUCCIONES DE PRESENTACIÓN

### 1. REQUISITOS DE PRESENTACIÓN:

*Las presentaciones de reembolso deben contener una factura o recibo que muestre:*

- o El minorista donde compró el kit de prueba casero, incluida la dirección física o el sitio web.*
- o Fecha de servicio/compra*
- o Nombre del Kit, código NDC o UPC para el kit de prueba casero*
- o Costo*

### 2. Los Formularios de Reclamo Completos se pueden enviar por correo a:

Pinnacle Rx Solutions

P.O. Box 2540

Newport Beach, CA 92658-8944