



Community Health Choice
P.O. Box 301413
Houston, TX 77230
Toll-Free: (833) 276-8306 TTY: 711
Local: (713) 295-5007
www.communityhealthchoice.org

Querido miembro,

Cada hogar en los EE. UU. ahora es elegible para recibir cuatro (4) kits de prueba casera de COVID-19 gratuitos del gobierno federal. Las pruebas son completamente gratuitas y normalmente se envían en un plazo de 7 a 12 días. Para ordenar, <https://www.covidtests.gov/>.

También puede obtener pruebas gratuitas en un centro de salud comunitario y una clínica de salud certificada por Medicare cerca de usted. Visite [Find a Health Center \(hrsa.gov\)](https://www.hrsa.gov) para encontrar un centro cerca de usted.

Porque nos preocupamos por su salud, también puede recoger un kit de prueba casera de COVID en la farmacia.

Para evitar costos iniciales, debe comprar kits de prueba casera de COVID-19 en el mostrador de cualquier farmacia de la red de Community Health Choice.

Para obtener una lista de las farmacias de la red, visite [CommunityHealthChoice.org](https://www.communityhealthchoice.org) > Encuentra un doctor > Farmacias.

Si elige comprar un kit de prueba de COVID-19 en una tienda o en una farmacia fuera de la red, deberá pagar por adelantado y completar un Formulario de reclamo para obtener el reembolso. Se le reembolsará hasta \$12.00 por prueba individual.

INSTRUCCIONES DE REEMBOLSO:

1. Complete el **Formulario de reclamo** (adjunto).
2. Reúna estos documentos:
 - a. Formulario de reclamo completado
 - b. Copia de su tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice
 - c. Comprobante de compra (recibo) por cada kit de prueba COVID-19 comprado
3. **Envíe** los documentos por correo a esta dirección:

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

H9826_MS_10281_011222_C

Community Health Choice Texas, Inc. is a Medicare Advantage HMO D-SNP with a Medicare contract and a contract with the State Medicaid Program. Enrollment in the plan depends on the plan's contract renewal with Medicare and a contract with the State Medicaid Program.

O

Fax: 920.735.5315 / Número gratuito 855.668.8550

O

Correo electrónico: ManualClaims@Navitus.com

Visite [CommunityHealthChoice.org](https://www.CommunityHealthChoice.org) y haga clic en el botón Pruebas caseras de COVID-19 para descargar copias adicionales del Formulario de reclamo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Community al 1.833.276.8306. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Estamos abiertos del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 am a 8:00 pm. En ciertos días festivos su llamada será atendida por nuestro sistema telefónico automatizado. Asegúrese de conservar una copia de esta carta para sus registros.

Gracias por ser nuestro Miembro.

Community Health Choice
(Recinto)

Community Health Choice Texas, Inc. es una HMO D-SNP de Medicare Advantage con un contrato de Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid.

H9826_MS_10281_011222_C

Community Health Choice Texas, Inc. is a Medicare Advantage HMO D-SNP with a Medicare contract and a contract with the State Medicaid Program. Enrollment in the plan depends on the plan's contract renewal with Medicare and a contract with the State Medicaid Program.

OTC-COVID 19 Formulario de reclamo de prueba en el hogar

Reembolso directo a miembros

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

Parte 1: Información del miembro

1. Complete TODA la información. Su número de identificación se puede ubicar en su tarjeta de identificación de miembro.
2. Presentar reclamos dentro del período de presentación especificado por su plan de beneficios. Si tiene preguntas sobre su período de presentación, consulte 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 compró medicamentos.
4. El reembolso se realizará directamente al TARJETAHABIENTE a menos que se indique lo contrario.

Nombre	Apellido	Inicial
Número de teléfono ()	Fecha de nacimiento	Sexo (circule uno) Mujer hombre
Número de identificación	Número del empleador del suscriptor (PCN)	
Dirección de envío		
Ciudad	Estado	Código postal
Firma del miembro		Fecha de la firma

Parte 2: ¿Dónde se compró la prueba OTC COVID 19?

1. Complete TODA la información.
2. Envíe un formulario por separado para cada distribuidor al que le compró la prueba OTC COVID 19.

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

Parte 3: Información del recibo

1. Incluya recibo(s) original(es) o copia(s) impresa(s); pegue con cinta adhesiva los recibos originales en la parte inferior de esta página. *Por favor, NO engrape.*

2. Los recibos deben contener la información descrita en la Parte 3. Si a sus recibos les falta alguna de esta información, por favor complete la información que falta en la Parte 3.

OTC-COVID 19 Formulario de reclamo de prueba en el hogar

Reembolso directo a miembros

3. Los recibos no serán devueltos, recuerde guardar una copia del formulario de reclamo completo 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 Prueba/s COVID en el paquete
Costo original	Monto pagado por el miembro

Envíe por correo, fax o correo electrónico este formulario junto con los recibos a:

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

Fax: 920.735.5315 / Número gratuito 855.668.8550 O

Correo electrónico: ManualClaims@Navitus.com

Información de la prueba de OTC COVID 19 en el hogar a considerar:

1. Al completar y enviar este formulario, certifica que el uso de estas pruebas de COVID-19 es estrictamente para uso personal del miembro y no se utilizará para 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 FDA, según lo define su plan de salud. Comuníquese con su plan de salud para obtener más detalles sobre los límites de cobertura específicos.
3. Las pruebas elegibles se reembolsarán a una tasa de hasta \$12 por prueba individual.
4. Medicare no permite el reembolso de las pruebas OTC COVID-19.

Página 2 of 2

N3413-0620