

Estimado Miembro del Mercado,

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, visite <https://www.covidtests.gov/> .

Los kits de prueba casera de COVID-19 también son un beneficio cubierto a partir del **15 de enero de 2022**.

Su beneficio de farmacia cubrirá hasta ocho (8) pruebas caseras de COVID-19 aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) por miembro por mes, sin receta médica.

**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://CommunityHealthChoice.org) > Encuentre un Doctor > Farmacias.

**Si elige comprar sus kits 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

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, comuníquese con nuestro equipo de Servicios para miembros al número gratuito **1.855.315.5386**. También puede enviarnos un correo electrónico o chatear con nosotros a través de Mi cuenta de miembro. Inicie sesión o cree una cuenta en [CommunityHealthChoice.org](https://www.CommunityHealthChoice.org) > Mi cuenta.

Gracias por ser nuestro Miembro.

Community Health Choice

# 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](mailto: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