

Estimado miembro de CHIP o STAR (Medicaid),

Cada hogar en los EE. UU. es elegible para pedir cuatro (4) kits de prueba casera de COVID-19 gratuitos. Las pruebas son completamente gratuitas. Los pedidos generalmente se enviarán en 7–12 días. Visite <https://www.covidtests.gov/> para ordenar.

Además, a partir del **15 de enero de 2022**, los kits de prueba casera COVID-19 son un beneficio de farmacia cubierto. Debe ser una prueba de diagnóstico de COVID-19 aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA).

Su beneficio de farmacia cubrirá cuatro (4) kits de prueba casera de COVID-19 aprobados por la FDA por mes sin receta y sin costo alguno para usted.

Puede recoger un kit de prueba casera de COVID-19 en cualquier farmacia que esté en nuestra red de Community Health Choice.

1. Vaya a cualquier farmacia de nuestra red. Para obtener una lista de farmacias, visite [CommunityHealthChoice.org](https://www.CommunityHealthChoice.org) > Encuentre un Doctor > Farmacias
2. Seleccione un kit de prueba casera COVID-19 aprobado por la FDA. Visite <https://www.txvendordrug.com/formulary/formulary-search> para buscar por nombre.
3. Muestre su tarjeta de identificación de miembro de Community Health Choice al farmacéutico.

Importante: si elige comprar un kit de PRUEBA COVID-19, puede recibir un reembolso según la tabla de precios de reembolso a continuación.

Lista de kits de prueba permitidos para reembolsos

Nombre del kit de prueba COVID-19	NDC	Tamaño del paquete	Precio máximo por NDC/kit de prueba
InteliSwab COVID-19 Rapid Test	08337-0001-58	2 prueba s	\$41.38
QuickVue At-Home OTC COVID-19 Test	14613-0339-37	1 prueba	\$41.38
QuickVue At-Home OTC COVID-19 Test	14613-0339-72	2 prueba s	\$41.38
BinaxNOW COVID-19 AG Card	11877-0011-29	1 prueba	\$41.38
BinaxNOW COVID-19 AG Card Home Test	11877-0011-33	1 prueba	\$41.38
BinaxNOW COVID-19 AG Self Test	11877-0011-40	2 prueba s	\$41.38
Everlywell COVID-19 Test Home Collection Kit DTC	51044-0008-42	1 prueba	\$51.33

Instrucciones de reembolso:

Envíe por correo su comprobante de compra. Incluya el nombre del Miembro y el número de cuenta en cada comprobante de compra.

Community Health Choice
Atención: Unidad de Apoyo a la Calidad de Reclamos - Solicitud de Prueba COVID
2636 S. Loop West, Suite #125

No envíe correos electrónicos ni faxes.

Su salud es importante para nosotros. Por favor, ayúdenos a detener la propagación de COVID-19.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro equipo de Servicios para miembros al número gratuito 1.888.760.2600. 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 > Mi cuenta.

Visite CommunityHealthChoice.org y haga clic en el botón **Pruebas caseras de COVID-19** para obtener más información.

Gracias por ser nuestro Miembro.

Community Health Choice

It_COVIDtestkit_0222