



FORMULARIO DE REEMBOLSO DIRECTO PARA MIEMBROS DE LA PRUEBA RÁPIDA DE COVID (ANTÍGENO) EN EL HOGAR

NOTA: Utiliza este formulario para el reembolso de los kits de prueba rápida de COVID-19 en el hogar aprobados por el FDA, comprados en un establecimiento minorista.

Completa este formulario para solicitar el reembolso de los kits de prueba rápida de COVID-19 en el hogar aprobados por el FDA.

El completar y enviar este formulario a AvMed no es una garantía de reembolso. Los reclamos están sujetos a limitaciones, exclusiones y otras disposiciones de su Plan de beneficios. El reembolso correspondiente solo puede hacerse pagadero al Suscriptor.

Según la regulación federal, el reembolso de los kits de prueba rápida de COVID-19 en el hogar está limitado a ocho (8) pruebas por mes, por miembro elegible. Un kit puede incluir varias pruebas; cada prueba se cuenta individualmente para ese límite.

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del Miembro (Apellido, Primer Nombre, Inicial)		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)	Número de Miembro de AvMed
Dirección		Número de Teléfono	Correo Electrónico
Nombre del Vendedor	Dirección del Vendedor		Fecha de Compra
Número total de kits comprados	Cuántas pruebas por kit	Nombre del miembro(s) para quien se compro el kit	Número(s) de Miembro

ATESTACIÓN PARA PRUEBA RÁPIDA DE COVID-19 EN EL HOGAR

Yo, _____, atestigo lo siguiente:

- Todas las solicitudes de reembolso presentadas para los kits de prueba rápida de COVID-19 en el hogar son para el uso personal del miembro(s) mencionado en este formulario de reclamo y no se revenderán o utilizarán para cualquier otro cosa.
- Todas las solicitudes de reembolso son para fines de salud personal y no para fines de empleo u otros fines de salud pública.

Firma del Miembro:

Fecha:

LISTA DE VERIFICACIÓN IMPORTANTE

Para garantizar el procesamiento de este formulario, revisa y completa esta lista antes de enviar tu solicitud.

- ✓ El formulario esta completo.
- ✓ Los documentos están claros y legibles.
- ✓ Incluye el recibo de compra, el código de UPC del kit, y este formulario completo y firmado.

Envia este formulario y todos los documentos necesarios a:

AvMed
 Attention: Member Reimbursement
 P.O. Box 569008
 Miami, FL 33256

Tambien puedes enviar este formulario y los documentos necesarios por fax al: 305-671-4736

Cualquier pregunta, visita www.AvMed.org o llama al número de teléfono que se encuentra en el reverso de tu tarjeta de Miembro de AvMed.