FORMULARIO DE REEMBOLSO PARA MIEMBROS
Para pruebas de diagnóstico de venta libre (Over-the-Counter, OTC) para la COVID-19

Para recibir un reembolso por las pruebas de diagnóstico de OTC para la COVID-19, debe completar este formulario e incluir los recibos de cada prueba. Se le pueden reembolsar hasta ocho (8) pruebas por miembro/por mes. Utilice un formulario de reembolso por miembro. Una vez que recibamos el formulario de reembolso para las pruebas de diagnóstico de OTC para la COVID-19, espere hasta 30 días para que le llegue el pago.

Nombre completo del miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____ Número de id. del plan de salud del miembro: _____

Domicilio postal del miembro: _____

_____

Fecha de compra de la prueba: _____ Cantidad de pruebas compradas: _____

Nombre de la prueba comprada: _____

Firma del miembro: _____

IMPORTANTE: Deben presentarse los recibos con la solicitud de reembolso.

ENVÍE POR CORREO POSTAL A: Denver Health Medical Plan, Inc.
PO Box 6300
Columbia, MD 21045

TODA PERSONA QUE, CON INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O A SABIENDAS DE QUE ESTÁ FACILITANDO UN FRAUDE CONTRA UNA ASEGURADORA, PRESENTE UNA SOLICITUD O UN RECLAMO QUE CONTENGA UNA DECLARACIÓN FALSA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE FRAUDE AL SEGURO. VERIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA, CORRECTA Y COMPLETA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER. PARA PROCESAR UN RECLAMO DE BENEFICIOS, POR EL PRESENTE, AUTORIZO A TODAS LAS PERSONAS O INSTITUCIONES QUE TENGAN INFORMACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN, EL ASESORAMIENTO, EL TRATAMIENTO, EL DIAGNÓSTICO O EL PRONÓSTICO DE UNA AFECCIÓN FÍSICA O MENTAL; O LA CONDICIÓN ECONÓMICA Y LABORAL; O EL PACIENTE; EL EMPLEADO; O LA PERSONA MENCIONADA ANTERIORMENTE, A BRINDAR ESTA INFORMACIÓN A DENVER HEALTH MEDICAL PLAN O UN REPRESENTANTE O ADMINISTRADOR INDEPENDIENTE QUE ACTÚE EN SU NOMBRE (INCLUIDOS LOS REGISTROS). ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A RECIBIR UNA COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN SI LA SOLICITO. UNA COPIA DE ESTA SERÁ TAN VÁLIDA COMO EL ORIGINAL.