Humana®

SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA SUSCRIPTORES COMERCIALES DE PUERTO RICO
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO CASERAS "OVER-THE-COUNTER" DE COVID-19[1]

Para ser completada por el suscriptor

INSTRUCCIONES	1. Complete la solicitud en su totalidad. 2. Si usted solicita reembolso por más de un suscriptor en el plan, llene una solicitud por cada suscriptor. 3. **Adjunte el recibo (requerido) que documente la fecha de la compra y el precio de la(s) prueba(s). Incluya también copia del código UPC en la caja de la(s) prueba(s).** 4. Envíe esta solicitud por correo a la dirección en la parte de atrás de su tarjeta para reclamaciones o envíe por correo electrónico a: **prclaimsreimbursements@humana.com**.

1. **Número de Contrato o Suscriptor:** _____ - _____ - _____ - _____
2. **Número de Grupo:** _____
3. **Nombre del Suscriptor:** _____
4. **Dirección Postal: Si desea notificar cambio de dirección de la que aparece en nuestros récords favor de indicarla a continuación:** _____

   _____
5. **Teléfono en el que se le puede contactar:** _____ - _____ - _____
6. **Nombre del proveedor que prestó el servicio:** _____
7. **Tipo de proveedor:** ___**Farmacia** ___**Tienda** ___ **Otro** - Especifique: _____
8. **¿Tiene otro plan médico primario?** ___**Si** ___**No**; **Sí**- Compañía: _____

   Núm. de Póliza/Contrato: _____

	Nombre de la marca de la prueba (del paquete)	Fecha de la compra	Lugar de servicio	Código de servicio	Diagnóstico	Cantidad de pruebas por caja comprada (de esta marca)	Número de paquetes comprados (esta marca)	Cantidad total pagada por prueba(s) (esta marca)
1era Marca de Prueba			99	U0002	Z20.822			
2da Marca de Prueba			99	U0002	Z20.822			
3ra Marca de Prueba			99	U0002	Z20.822			
4ta Marca de Prueba			99	U0002	Z20.822			

9. **Certifico que la(s) prueba(s) de diagnóstico de COVID-19 caseras "over-the-counter" que compré y para la(s) cual(es) presento una solicitud de reembolso son solo para uso personal y no para reventa ni para el uso de otras personas, aparte de mí o mis dependientes en el plan de salud. También certifico que la(s) prueba(s) no son para propósitos de empleo o para fines de vigilancia de salud pública y no han sido (y no serán) reembolsados por otra fuente. Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información relacionada con cualquier hecho importante, comete un acto de seguro fraudulento, que es un crimen.**

_____
Iniciales

_____ _____ _____

Nombre en letra de molde **Firma** **Fecha**

[1]En caso de que esté solicitando reembolso por pruebas diagnósticas de COVID-19 provistas en un proveedor de salud (ej. Laboratorio), favor usar la hoja de reembolso tradicional.