

Pruebas de COVID en el hogar: Formulario de reclamo del miembro del IFP



Utilice este formulario para solicitar el reembolso de las pruebas de COVID-19 en el hogar que haya pagado de su propio bolsillo después del 14 de enero de 2022. Utilice un formulario de reclamo por separado para cada paciente. Su cooperación para completar todos los elementos en el formulario de reclamo y adjuntar toda la documentación requerida ayudará a acelerar este proceso de manera rápida y precisa. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame a nuestro equipo de Servicio a Miembros al 855-827-4448.

SECCIÓN A. INFORMACIÓN DEL PACIENTE																							
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre																			
¿El paciente tiene otra cobertura de seguro médico? Sí No		Relación con el suscriptor Cónyuge o pareja de hecho <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/>		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F																			
Nombre de otra compañía de seguro médico		N.º de grupo		Nombre del empleador																			
				N.º de póliza																			
SECCIÓN B. INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR (en la tarjeta de identificación de Bright HealthCare)																							
N.º de Identificación		N.º de grupo																					
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre																			
Dirección (incluya n.º de apto.)																							
Ciudad				Estado	Código postal																		
N.º de teléfono del hogar		N.º de teléfono del trabajo		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)																			
SECCIÓN C. INFORMACIÓN SOBRE LA PRUEBA DE COVID-19																							
PRUEBA DE COVID-19: Use esta sección para informar cualquier prueba de COVID-19 aprobada por la FDA que haya pagado de su propio bolsillo. Complete este formulario, firme la certificación y envíe los documentos que se detallan a continuación. Asegúrese de que no se presenten facturas duplicadas.																							
¿Se compró esta prueba para uso personal de la persona que figura como "paciente" en la sección A? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																							
¿Se compró la prueba con fines de empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																							
¿Espera recibir un reembolso de una fuente que no sea Bright HealthCare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																							
Indique el fabricante de la prueba de COVID-19 que compró: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prueba en el hogar SD Biosensor COVID-19</td> <td><input type="checkbox"/> Prueba rápida de COVID-19 IntelliSwab de OraSure Technologies</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prueba rápida de antígenos de COVID-19 de iHealth</td> <td><input type="checkbox"/> Prueba de COVID-19 en el hogar Veritor de Becton, Dickinson and Company BD</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 Celltrion de DiaTrust</td> <td><input type="checkbox"/> Prueba de COVID-19 OTC en el hogar de QuickVue de Quidel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 Flowflex de ACON Laboratories</td> <td><input type="checkbox"/> Prueba Cue de COVID-19 para uso doméstico y de venta libre (OTC)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autoprueba de antígenos de COVID-19 BinaxNOW de Abbott Diagnostics</td> <td><input type="checkbox"/> Prueba para detectar Covid-19</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prueba en el hogar Card 2 de antígenos de COVID-19 BinaxNOW de Abbott Diagnostics</td> <td><input type="checkbox"/> Kit de prueba de COVID-19 CHECK-IT de Lucira</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autoprueba rápida para detectar antígenos de SCoV-2 de InBios International</td> <td><input type="checkbox"/> Prueba en el hogar Ellume COVID-19</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 de Access Bio CareStart</td> <td><input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 ClearDetect de MaximBio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autoprueba de antígenos de COVID-19 rápida CLINITEST de Siemens Healthineers</td> <td></td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> Prueba en el hogar SD Biosensor COVID-19	<input type="checkbox"/> Prueba rápida de COVID-19 IntelliSwab de OraSure Technologies	<input type="checkbox"/> Prueba rápida de antígenos de COVID-19 de iHealth	<input type="checkbox"/> Prueba de COVID-19 en el hogar Veritor de Becton, Dickinson and Company BD	<input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 Celltrion de DiaTrust	<input type="checkbox"/> Prueba de COVID-19 OTC en el hogar de QuickVue de Quidel	<input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 Flowflex de ACON Laboratories	<input type="checkbox"/> Prueba Cue de COVID-19 para uso doméstico y de venta libre (OTC)	<input type="checkbox"/> Autoprueba de antígenos de COVID-19 BinaxNOW de Abbott Diagnostics	<input type="checkbox"/> Prueba para detectar Covid-19	<input type="checkbox"/> Prueba en el hogar Card 2 de antígenos de COVID-19 BinaxNOW de Abbott Diagnostics	<input type="checkbox"/> Kit de prueba de COVID-19 CHECK-IT de Lucira	<input type="checkbox"/> Autoprueba rápida para detectar antígenos de SCoV-2 de InBios International	<input type="checkbox"/> Prueba en el hogar Ellume COVID-19	<input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 de Access Bio CareStart	<input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 ClearDetect de MaximBio	<input type="checkbox"/> Autoprueba de antígenos de COVID-19 rápida CLINITEST de Siemens Healthineers	
<input type="checkbox"/> Prueba en el hogar SD Biosensor COVID-19	<input type="checkbox"/> Prueba rápida de COVID-19 IntelliSwab de OraSure Technologies																						
<input type="checkbox"/> Prueba rápida de antígenos de COVID-19 de iHealth	<input type="checkbox"/> Prueba de COVID-19 en el hogar Veritor de Becton, Dickinson and Company BD																						
<input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 Celltrion de DiaTrust	<input type="checkbox"/> Prueba de COVID-19 OTC en el hogar de QuickVue de Quidel																						
<input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 Flowflex de ACON Laboratories	<input type="checkbox"/> Prueba Cue de COVID-19 para uso doméstico y de venta libre (OTC)																						
<input type="checkbox"/> Autoprueba de antígenos de COVID-19 BinaxNOW de Abbott Diagnostics	<input type="checkbox"/> Prueba para detectar Covid-19																						
<input type="checkbox"/> Prueba en el hogar Card 2 de antígenos de COVID-19 BinaxNOW de Abbott Diagnostics	<input type="checkbox"/> Kit de prueba de COVID-19 CHECK-IT de Lucira																						
<input type="checkbox"/> Autoprueba rápida para detectar antígenos de SCoV-2 de InBios International	<input type="checkbox"/> Prueba en el hogar Ellume COVID-19																						
<input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 de Access Bio CareStart	<input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 ClearDetect de MaximBio																						
<input type="checkbox"/> Autoprueba de antígenos de COVID-19 rápida CLINITEST de Siemens Healthineers																							
Fecha de compra (mm/dd/aaaa):		Dónde se compró la prueba (por ejemplo, Amazon.com):																					
Precio pagado:		Número de pruebas por compra (por ejemplo, si el paquete contenía 2 pruebas):																					
Documentos a presentar: Comprobante de compra que muestre el precio pagado y la fecha de compra.																							
Certifico que, hasta donde yo sé, la información en este formulario es verdadera y correcta. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo.																							
Firma X		Nombre		Fecha																			

Envíe por correo este formulario de reclamo y su recibo a:
 Bright HealthCare
 P.O. Box 16275
 Reading, PA 19612-6275



Aviso de no discriminación y asistencia con la comunicación

Bright HealthCare no excluye ni niega beneficios o discrimina a ninguna persona con base en el sexo, la edad, la raza, el color, el origen nacional o una discapacidad. "Bright Health" significa planes de Bright HealthCare y sus afiliados.

Asistencia de idiomas y formatos alternativos:

La asistencia está disponible sin costo para ayudarle a comunicarse con nosotros. Los servicios incluyen, entre otros:

- intérpretes para idiomas distintos del inglés;
- información escrita en formatos alternativos, como impresa en letra grande; y
- asistencia con la lectura de sitios web de Bright HealthCare.

Para pedir ayuda con estos servicios, llame al 1-855-827-4448.

Si considera que no le proporcionamos asistencia en el idioma o formato alternativos, o que fue discriminado debido a su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, puede enviar una queja a:

Bright HealthCare Civil Rights Coordinator
P.O. Box 16275
Reading, PA 19612-6275
Teléfono: 1-855-827-4448

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

- **En línea:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Teléfono:** Línea gratuita **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD)
- **Correo postal:** U.S Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Si necesita ayuda con su queja, llame al 1-855-827-4448.

Esta información está disponible en otros formatos, como impreso en letra grande. Para solicitar otro formato, llame al 1-855-827-4448 .

Asistencia de idiomas y formatos alternativos

English	ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services including interpretation and written translation, free of charge, are available to you. Call (855) 827-4448.
Spanish (US)	ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística, incluidos servicios de interpretación y traducción. Llame al (800) 882-2520.
Chinese (S)	注意：如果您使用的语言并非英语，则可获得免费的语言协助服务（包括口译和笔译）。请拨打电话 (855) 827-4448 。
Arabic	انتباه: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فخدمات المساعدة اللغوية، ومن بينها الترجمة الشفوية والترجمة التحريرية، متاحة من أجلك، دون تكلفة. اتصل بالرقم (855) 827-4448
Bengali	মনোযোগ: আপনি যদি ইংরেজী ব্যতীত অন্য কোনও ভাষায় কথা বলেন তবে বিনা মূল্যে ব্যাখ্যামূলক এবং লিখিত অনুবাদ সহ ভাষা সহায়তা পরিষেবাগুলি আপনার জন্য উপলভ্য। (855) 827-4448 নম্বরে কল করুন।
French	ATTENTION : Si vous parlez une autre langue que l'anglais, des services d'assistance linguistique, notamment d'interprétation et de traduction écrite, sont mis gratuitement à votre disposition. Appelez le (855) 827-4448.
German	ACHTUNG: Falls Sie eine andere Sprache als Englisch sprechen, steht Ihnen eine kostenfreie fremdsprachliche Unterstützung einschließlich Dolmetschen und schriftlicher Übersetzung zur Verfügung. Wählen Sie die (855) 827-4448.
Greek	ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε κάποια γλώσσα διαφορετική από τα Αγγλικά, παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας συμπεριλαμβανομένης της διερμηνείας και της γραπτής μετάφρασης. Καλέστε το (855) 827-4448 .
Italian	ATTENZIONE: se parla una lingua diversa dall'inglese, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti, inclusi di interpretariato e traduzione scritta. Chiami il numero (855) 827-4448.
Japanese	ご注意: 英語以外の言語を話される場合は、通訳および書面による翻訳を含めて無料の言語支援サービスをご利用いただけます。(855) 827-4448 までお電話ください。
Korean	주의: 영어가 아닌 다른 언어를 사용할 경우 번역 및 통역과 같은 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. (855) 827-4448번으로 연락하십시오.
Polish	UWAGA: Jeśli nie mówisz po angielsku, możesz skorzystać z darmowej usługi tłumaczenia ustnego i pismnego. Zadzwoń pod numer (855) 827-4448 .
Portuguese	ATENÇÃO: Se falar um idioma que não o inglês, estão disponíveis serviços gratuitos de assistência de idioma, incluindo interpretação e tradução escrita. Entre em contato no número (855) 827-4448.
Russian	ВНИМАНИЕ: если вы не говорите на английском языке, вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки, включая устный и письменный перевод. Позвоните по телефону (855) 827-4448.

