

Formulario de reembolso para miembros por pruebas de COVID-19 en el hogar y de venta libre



Se debe presentar un formulario de reclamación por separado para cada miembro cubierto por su plan.

Use este formulario para solicitar el reembolso de su prueba de COVID-19 en el hogar y de venta libre (Over the Counter, OTC). Para ser elegible, se deben cumplir los siguientes criterios:

- El uso de la prueba en el hogar debe estar aprobado en virtud de la Autorización de Uso de Emergencia (Emergency Use Authorization, EUA).
- Solo corresponde a las pruebas de COVID-19 de OTC adquiridas a partir del 01/15/2022 hasta el final de la emergencia de salud pública (Public Health Emergency, PHE) federal de COVID-19, según lo determine el Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- Debe proporcionar los siguientes datos: Nombre de la prueba de COVID-19 en el hogar _____

Código universal de producto (Universal Product Code, UPC) _____

Lugar donde se compró la prueba _____

Fecha de compra (MM/DD/AAAA) _____

Cantidad de cajas compradas _____

Costo por caja _____

Cantidad de pruebas por caja _____

COPIAR LA INFORMACIÓN DE SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO DE BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF MINNESOTA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		NÚMERO DEL GRUPO	
APELLIDO DEL SUSCRIPTOR		NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR
APELLIDO DEL PACIENTE		NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE
SEXO DEL PACIENTE SEGÚN LA INSCRIPCIÓN <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL SUSCRIPTOR <input type="checkbox"/> MISMA PERSONA <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE NO CASADO		¿LA PRUEBA ES CON FINES LABORALES? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
DIRECCIÓN DEL SUSCRIPTOR		CIUDAD	ESTADO
			CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN SOBRE OTRA COBERTURA

¿El paciente tiene otra cobertura de seguro? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿El paciente tiene cobertura de Medicare? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN _____ NÚMERO DEL GRUPO _____		NÚMERO DE MEDICARE _____	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS _____		¿El paciente es elegible para la Parte A de Medicare? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN _____		¿El paciente es elegible para la Parte B de Medicare? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Por el presente, certifico que las pruebas de COVID-19 de venta libre que compró el miembro son para uso personal, no tienen fines laborales, no fueron (ni serán) reembolsadas por otra fuente y no son para reventa. Por el presente, certifico que las declaraciones que proporcioné son correctas y acepto reembolsar a Blue Cross and Blue Shield of Minnesota los pagos duplicados de otras fuentes debido a la coordinación de beneficios. **Nota: La persona que presenta una reclamación con la intención de cometer fraude, o de ayudar a cometerlo, a una compañía aseguradora será culpable de un hecho delictivo.**

Firma _____ Fecha de la firma _____

Nota: Las reclamaciones se deben presentar dentro de

los 12 meses posteriores a la fecha del servicio. Cómo

presentar su reclamación:

1. Complete todos los campos correspondientes.
2. Adjunte una copia del **recibo detallado**. El recibo detallado **debe** incluir los siguientes datos:
 - Nombre del lugar donde se compró la prueba
 - UPC: el código universal de producto, o UPC, generalmente se encuentra en la parte posterior del producto.
 - Fecha(s) de compra
 - Cantidad de pruebas compradas
 - Cargo individual por cada prueba de COVID-19 de OTC adquirida
3. Si cuenta con otro seguro primario respecto de su seguro de BCBSMN, presente primero una reclamación ante ellos. Luego, cuando presente esta reclamación, incluya una copia de la Explicación de beneficios de atención médica que recibirá de su seguro primario.
4. Puede incluir cualquier otro documento adicional relacionado con la compra.



Nota: No podemos procesar su reclamación sin la información mencionada anteriormente. Si falta alguno de los elementos anteriores, comuníquese con el proveedor del servicio para obtener la información. Además, haga copias para su registro personal porque no podemos devolver la reclamación ni la documentación que usted envía.

Envíe el formulario por correo postal a la siguiente dirección:

Blue Cross and Blue Shield of
Minnesota
PO Box 982805
El Paso, TX 79998-2805

Envíe el formulario por correo electrónico a la siguiente dirección:

ISC.Subscriber.Claims@bluecrossmn.com

AVISO DE PRÁCTICAS DE NO DISCRIMINACIÓN
En vigencia a partir del 18 de julio de 2016

Blue Cross and Blue Shield of Minnesota y Blue Plus (Blue Cross) cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discriminan en función de la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad o el sexo. Blue Cross no excluye a ninguna persona ni la trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross proporciona recursos para obtener acceso a información en otros formatos e idiomas:

- La ayuda y los servicios de asistencia, tales como intérpretes cualificados e información por escrito disponible en otros formatos, están a disposición de manera gratuita para personas con discapacidades, a fin de ayudarlas a comunicarse con nosotros.
- Los servicios lingüísticos, como intérpretes cualificados e información por escrito en otros idiomas, están disponibles de manera gratuita para personas cuyo idioma materno no es el inglés.

Si necesita estos servicios, comuníquese con nosotros al 1-800-382-2000 o al número de teléfono que se indica en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Si considera que Blue Cross no le ha proporcionado estos servicios, o se sintió discriminado de cualquier otro modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante el Coordinador de derechos civiles de no discriminación

- por correo electrónico a la siguiente dirección: Civil.Rights.Coord@bluecrossmn.com
- por correo postal a la siguiente dirección: Nondiscrimination Civil Rights Coordinator
Blue Cross and Blue Shield of Minnesota and Blue Plus
M495
PO Box 64560
Eagan, MN 55164-0560;
- o por teléfono al: 1-800-509-5312

Los formularios para quejas formales están disponibles si se comunica con nosotros por los medios indicados anteriormente, llamando al 1-800-382-2000 o al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, tiene asistencia a su disposición si se comunica con nosotros a los números que se indican arriba.

También puede presentar un reclamo por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

- de manera electrónica, a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>;
- por teléfono al:
1-800-368-1019 o 1-800-537-7697 (TDD);
- o por correo postal a la siguiente dirección:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F
HHH Building
Washington, DC 20201.

Los formularios para reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

