

# 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 844-926-4524.

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					
<b>PRUEBA DE COVID-19:</b> 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:					
<input type="checkbox"/> Prueba en el hogar SD Biosensor COVID-19 <input type="checkbox"/> Prueba rápida de antígenos de COVID-19 de iHealth <input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 Celltrion de DiaTrust <input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 Flowflex de ACON Laboratories <input type="checkbox"/> Autoprueba de antígenos de COVID-19 BinaxNOW de Abbott Diagnostics <input type="checkbox"/> Prueba en el hogar Card 2 de antígenos de COVID-19 BinaxNOW de Abbott Diagnostics <input type="checkbox"/> Autoprueba rápida para detectar antígenos de SCoV-2 de InBios International <input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 de Access Bio CareStart <input type="checkbox"/> Autoprueba de antígenos de COVID-19 rápida CLINITEST de Siemens Healthineers		<input type="checkbox"/> Prueba rápida de COVID-19 IntelliSwab de OraSure Technologies <input type="checkbox"/> Prueba de COVID-19 en el hogar Veritor de Becton, Dickinson and Company BD <input type="checkbox"/> Prueba de COVID-19 OTC en el hogar de QuickVue de Quidel <input type="checkbox"/> Prueba Cue de COVID-19 para uso doméstico y de venta libre (OTC) <input type="checkbox"/> Prueba para detectar Covid-19 <input type="checkbox"/> Kit de prueba de COVID-19 CHECK-IT de Lucira <input type="checkbox"/> Prueba en el hogar Ellume COVID-19 <input type="checkbox"/> Prueba en el hogar de antígenos de COVID-19 ClearDetect de MaximBio			
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):			
<b>Documentos a presentar:</b> 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 <b>X</b>		Nombre		Fecha	

Envíe por correo este formulario de reclamo y su recibo a:  
 Bright HealthCare  
 P.O. Box 1587  
 Portland, ME 04108



## **Nondiscrimination Notice and Assistance with Communication**

Bright HealthCare does not exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any individual on the basis of sex, age, race, color, national origin, or disability. "Bright Health" means Bright HealthCare plans and their affiliates.

### **Language assistance and alternate formats:**

Assistance is available at no cost to help you communicate with us. The services include, but are not limited to:

- Interpreters for languages other than English;
- Written information in alternative formats such as large print; and
- Assistance with reading Bright HealthCare websites.

To ask for help with these services, please call **1-844-926-4524**.

If you think that we failed to provide language assistance or alternate formats, or you were discriminated against because of your sex, age, race, color, national origin, or disability, you can send a complaint to:

Bright HealthCare Civil Rights Coordinator  
P.O. Box 1519  
Portland, ME 04104  
Phone: **1-844-926-4524**

You can also file a complaint with the U.S Dept. of Health and Human Services, the Office of Civil Rights:

- **Online:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
- Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- **Phone:** Toll-free **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)
- **Mail:** U.S Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

If you need help with your complaint, please call **1-844-926-4524**.

## Language Assistance and Alternate Formats

This information is available in other formats like large print. To ask for another format, please call **1-844-926-4524**.

---

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 (844)-926-4524.
Spanish (US)	ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística, incluidos servicios de interpretación y traducción. Llame al (844)-926-4523.
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 (844)-926-4524。
Arabic	انتباه: إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فخدمات المساعدة اللغوية، ومن بينها الترجمة الشفوية والترجمة التحريرية، متاحة من أجلك، دون تكلفة. اتصل بالرقم (844)-926-4524.
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। (844)-926-4524 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 (844)-926-4524.
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 (844)-926-4524.
Greek	ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε κάποια γλώσσα διαφορετική από τα Αγγλικά, παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας συμπεριλαμβανομένης της διερμηνείας και της γραπτής μετάφρασης. Καλέστε το (844)-926-4524.
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 (844)-926-4524.
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。(844)-926-4524 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. (844)-926-4524번으로 연락하십시오.
Polish	UWAGA: Jeśli nie mówisz po angielsku, możesz skorzystać z darmowej usługi tłumaczenia ustnego i pismnego. Zadzwoń pod numer (844)-926-4524.
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 (844)-926-4524.
Russian	ВНИМАНИЕ: если вы не говорите на английском языке, вы можете воспользоваться бесплатными услугами языковой поддержки, включая устный и письменный перевод. Позвоните по телефону (844)-926-4524.



