

FORMULARIO DE REEMBOLSO DE LA PRUEBA DE COVID-19 REALIZADA EN CASA



Utilice este formulario para solicitar un reembolso de las Pruebas de COVID-19 Realizadas en Casa, aprobadas por la FDA, que usted ha comprado. Debe presentar un formulario distinto para cada Miembro que solicite un reembolso. Alliant le reembolsará a cada Miembro hasta 12 dólares por cada prueba diagnóstica de COVID-19 comprada, que sea aprobada por la FDA, con un límite total de ocho (8) pruebas por cada Miembro al mes. Alliant le reembolsará a los Miembros por las Pruebas de COVID-19 Realizadas en Casa compradas el 15 de enero de 2022 o después.

Por favor, complete el formulario electrónicamente o con tinta azul o negra solamente.

Información del Miembro				
Nombre Completo			ID del Miembro	
Dirección	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Correo Electrónico	Número de Teléfono		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Información Sobre el Reembolso de la Prueba				
El Reembolso es Pagable a				
Nombre del Paquete de la Prueba			Fecha de Compra (MM/DD/AAAA)	
Número de Pruebas por Paquete	Número de Paquetes de Prueba Comprados		Monto de Compra	
Dirección de Reembolso (si es diferente de la información del Miembro)	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal

Certificación

- Certifico que toda la información suministrada es verdadera y correcta.
- Certifico además que las pruebas de diagnóstico de COVID-19 aprobadas por la FDA han sido compradas por mí para mi uso personal o el de mis dependientes que están bajo mi cobertura médica.
- Entiendo que Alliant no cubre el reembolso de las pruebas de diagnóstico de COVID-19 utilizadas en relación con mi empleo o requeridas por un empleador.

Como individuo con capacidad de proporcionar consentimiento, mi nombre completo escrito a máquina a continuación constituye mi firma y pretende ser vinculante.

Firma _____
(Miembro o Padre del Miembro o Tutor)

Fecha _____
(MM/DD/AAAA)

Devuelva este formulario, y su recibo a Alliant Health Plans

Correo: Alliant Health Plans
PO Box 2667
Dalton, GA 30722
Correo Electrónico:
CustomerService@AlliantPlans.com
Fax: (866) 634-8917

Un recibo detallado debe incluir:

- Prueba que se compró el 15 de enero de 2022 o después
- Descripción del paquete de la prueba diagnóstica de COVID-19
- Monto pagado por cada prueba que usted compró
- Cantidad de pruebas compradas

Importante: Los reclamos no pueden ser procesadas hasta que este formulario sea completado correctamente y recibido. Si necesita ayuda, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al (866) 403-2785.

(RECIBO DE MUESTRA)	
SU FARMACIA	
1234 WILLIAMSON RD DALTON, GA 30722 (555) 555-5555	
01/20/2022 08:15 PM	
REG#11 TRAN#7007 CSHR#78115 STR#1234	
HELPED BY: MARCIA	
1 BINAXNOW RAPID TEST (2) QTY:1 EACH \$23.99	