



Formulario de reclamo de prueba de COVID-19 de venta libre (OTC COVID-19 Test Claim Form)

Debe ser completado por el titular de la tarjeta/empleado.
(To be completed by cardholder/employee.)
IMPRIMA toda la información con claridad
(Please clearly PRINT all information)

Presente un reclamo por correo:
(File a Claim by Mail)
Nova Healthcare Administrators
P. O. Box 211428, Eagan, MN 55121
Fax: (716) 932-5098

1	Número de grupo: (Group #)	Empleador: (Employer)	Identificación del suscrito/titular de la póliza: (Policy Holder/Subscriber ID)		
2	Estado de empleo: (Employee Status) <input type="checkbox"/> Activo (Active) <input type="checkbox"/> Jubilado (Retired) <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Despedido (Terminated)				
3	Nombre del empleado/titular de la tarjeta (Name of Cardholder/Employee)	<input type="checkbox"/> Casado (Married)	<input type="checkbox"/> Masculino (Male)	Número de teléfono diurno: (Datime Phone #)	
<input type="checkbox"/> Soltero (Single)		<input type="checkbox"/> Femenino (Female)			
4	Dirección del empleado/titular de la tarjeta (Address of Cardholder/Employee):				
	Calle y número (Number & Street)	Ciudad (City)	Estado (State)	Código postal (Zip)	
5	En caso de reclamos de dependientes, complete los puntos 5, 6 y 7 (For dependent claims, complete lines 5, 6, 7)	Nombre del dependiente: (Name of Dependent)	<input type="checkbox"/> Casado (Married)	<input type="checkbox"/> Masculino (Male)	Relación: (Relationship)
		Fecha de nacimiento: (Birthdate)	<input type="checkbox"/> Soltero (Single)	<input type="checkbox"/> Femenino (Female)	
6		Empleador del dependiente (si hubiere): (Employer of Dependent (if any))	Dirección del empleador: (Address of Employer)		
7		Escuela a la que asiste el dependiente: (School where Dependent is enrolled)	Fecha prevista de graduación: (Expected Date of Graduation)		
8	¿Usted o alguno de los miembros de su familia están cubiertos por otro plan de salud grupal o Medicare? (Are you or any of your family members covered under another group health plan or Medicare?) <input type="checkbox"/> Sí (Yes) <input type="checkbox"/> No (No)	En caso afirmativo, (a) compañía de seguros: (If yes, (a) Insurance Company)			
		(b) Empleador (Employer):			
		(c) Número de póliza o de identificación (Policy # or ID #):			
9	Muchos kits de prueba incluyen dos pruebas. El reembolso se aplica a la cantidad de pruebas, no de cajas. (Many test kits include two tests. Reimbursement applies to the number of tests, not the number of boxes.) Indique la cantidad de pruebas incluidas en esta solicitud de reembolso. (Please indicate the number of tests included on this request for reimbursement.) _____ pruebas (Tests)				

CERTIFICACIÓN: doy fe de que mis dependientes elegibles o yo compramos las pruebas de diagnóstico de COVID-19 de venta libre por las que solicito el reembolso conforme al plan, el 15 de enero de 2022 o después de esa fecha, y de que son para uso personal y no para fines laborales. Además, doy fe de que las pruebas de COVID-19 de venta libre no han sido ni serán reembolsadas por otra fuente, ni se revenderán. Entiendo que el reembolso se hará de acuerdo con las pautas establecidas por los Departamentos de Trabajo, Salud y Servicios Humanos y el Tesoro y las disposiciones del plan. Acepto toda la responsabilidad por el tratamiento adecuado de los beneficios en virtud de este plan con respecto a la elegibilidad, la declaración de impuestos sobre la renta y la responsabilidad.

Por la presente certifico que las declaraciones anteriores son completas y precisas a mi leal saber y entender. Acepto reembolsar al plan o a sus representantes en la medida de cualquier sobrepago que exceda los importes pagaderos en virtud del plan.

(ATTESTATION: I attest that the Over-the-Counter (OTC) COVID-19 diagnostic test(s) for which I am requesting reimbursement had been purchased by my eligible dependent(s) or me under the plan, on or after January 15, 2022, and are for personal use, not employment purposes. I further attest that the OTC COVID-19 test(s) has not been and will not be reimbursed by another source and is not for resale. I understand reimbursement will be made in accordance with the guidelines set by the Departments of Labor, Health and Human Services, and the Treasury and the provisions of the plan. I accept all responsibility for the proper treatment of benefits under this plan with respect to eligibility, income tax reporting and liability.

I hereby certify that the above statements are complete and accurate to the best of my knowledge. I agree to reimburse the plan or its representatives to the extent of any overpayment in excess of the amounts payable under the plan.)

Firma del titular de la tarjeta/empleado (Cardholder/Employee Signature)

Fecha (Date)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: por la presente autorizo a Nova Healthcare Administrators, Inc. o sus representantes autorizados a obtener cualquier información que pueda ser necesaria para determinar los beneficios pagaderos en virtud del plan de beneficios administrado por Nova Healthcare Administrators, Inc. Una fotocopia de esta autorización se considerará válida.

(AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION: I hereby authorize Nova Healthcare Administrators, Inc. or its authorized representatives, to obtain any information which may be necessary to determine benefits payable under the benefit plan administered by Nova Healthcare Administrators, Inc. A photocopy of this authorization will be valid.)

Firma del paciente (o padre/madre si el paciente es una menor)
(Patient's Signature (or parent if the patient is a minor))

Fecha (Date)

Complete este formulario y asegúrese de incluir un recibo detallado que incluya el precio de compra y la fecha de compra.
(Please complete this form and be sure to include an itemized receipt that includes both the purchase price and date of purchase.)

¿Tiene preguntas? Llame al departamento de servicio al cliente de Nova al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación.
(Questions? Please call Nova's Customer Service department using the phone number on your ID card.)