

Solicitud de reembolso por las pruebas de la COVID-19 de venta libre (OTC) para hacer en el hogar



Use este formulario para solicitar el reembolso por **las pruebas de la COVID-19 de venta libre para hacer en el hogar** que compró en una tienda o en línea. Puede solicitar el reembolso por hasta **2 pruebas individuales autorizadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)** (el suministro para una semana) en este formulario. **Complete todas las secciones a continuación y adjunte sus recibos para respaldar esta solicitud.** Puede enviar este formulario por correo, correo electrónico o fax.

Correo:

VNSNY CHOICE
220 East 42nd Street, 3rd Floor
New York, NY 10017
Attn: Contact Center Shared Services

Correo electrónico:

RepayMe@vnsny.org

Fax:

646-524-8338

Su información

Identificación de miembro

Número de teléfono

Nombre

Apellido

Dirección

N.º de dpto.

Ciudad

Estado

Código postal

Información de la compra

Marque la casilla e incluya la cantidad de pruebas autorizadas por la FDA que compró.

Las pruebas de la COVID-19 elegibles para reembolso deben estar autorizadas por la FDA. La lista puede variar a medida que se autoricen nuevas pruebas.

- _____ Autoprueba de antígenos COVID-19 BinaxNOW
- _____ Prueba de antígenos COVID-19 para hacer en el hogar CareStart
- _____ Prueba rápida de la COVID-19 InteliSwab
- _____ Prueba de la COVID-19 para hacer en el hogar QuickVue
- _____ Otra _____

Para verificar si su prueba está cubierta y autorizada por la FDA, visite: www.selecthealthny.org/covid19.

Fecha de la compra

Costo total (adjunte recibos)

Firma

Fecha