

Carta Informativa

Re: Información para el Sometimiento de Reclamaciones por Reembolso para las Pruebas de Detección de COVID-19 en el hogar

Reciba un cordial saludo de parte de First Medical Health Plan, Inc. (FMHP) y de International Medical Card, Inc. (IMC).

Como parte de nuestro compromiso de ofrecer servicios de calidad a todos nuestros suscriptores y proveedores, deseamos informar sobre el proceso de FMHP, cumpliendo con las regulaciones estatales y federales aplicables, para someter una solicitud de reembolso cuando se adquiera una prueba para la detección de COVID-19 en el hogar, (*over the counter*, OTC).

El mismo debe ser completado a través del formulario **Solicitud de Reembolso**, que se encuentra adjunto a este comunicado. Favor de hacer referencia al Anejo II. El suscriptor podrá solicitar el reembolso, siempre y cuando la prueba sea adquirida durante el periodo de emergencia y la prueba esté aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés).

Es importante, que la solicitud sea completada en todas sus partes y acompañada con los documentos y/o recibos necesarios que evidencien la compra de la prueba. Recuerde, que toda Solicitud de Reembolso puede ser entregada en cualquiera de nuestras Oficinas de Servicios a través de toda la isla. Además, para su conveniencia, puede enviar la Solicitud de Reembolso a través del correo regular a la siguiente dirección:

International Medical Card, Inc.
Departamento de Reembolsos Médicos
ATT: Reembolso Pruebas de COVID-19 en el hogar
PO Box 144090
Arecibo, PR 00614-4090

A continuación, le incluimos los requisitos e instrucciones necesarias para completar la Solicitud de Reembolso de haber adquirido una prueba de COVID-19 OTC. Favor de hacer referencia al Anejo I.

Si usted tiene alguna pregunta o duda sobre este comunicado, por favor comuníquese con nuestro Centro de Llamadas de Servicio al Cliente al 1-888-318-0274 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. También, puede visitar cualquiera de nuestras Oficinas de Servicio alrededor de toda la Isla o acceder a www.firstmedicalpr.com.

Cordialmente,

Departamento de Servicio al Proveedor
International Medical Card, Inc.
Red de Proveedores de First Medical Health Plan, Inc.

Anejo I

Requisitos para procesar Solicitudes de Reembolso por las pruebas de COVID-19 adquiridas OTC

- Recibo original, que contenga la siguiente información: **(Durante el periodo de emergencia se aceptará copia o foto legible)**
 - La fecha de la compra
 - Precio de la prueba
 - Cantidad de prueba(s)
 - Nombre del proveedor (farmacia o suplidor) donde se adquirió la prueba
- Foto de la prueba que incluya el Código Universal de Producto (UPC, por sus siglas en inglés), conocido como el código de barras que identifica el producto.

Trámite del Reembolso Médico

Todo reembolso debe ser entregado en:

Cualquier Oficina de Servicios de:
First Medical Health Plan, Inc.

Enviado por correo postal a:

International Medical Card Inc.

Dpto. De Reembolsos Médicos

PO BOX 144090

Arecibo, PR 00614-4090

Nota: Toda Solicitud de Reembolso debe cumplir con los requisitos antes mencionados, de lo contrario la misma no podrá ser procesada exitosamente.

Anejo II

Solicitud de Reembolso para Pruebas de Detección de COVID-19 en el Hogar

Suscriptor principal:					Número de Contrato:		FM																											
Suscriptor solicitante:					Número de Contrato:		FM																											
Dirección postal:																																		
Tel. primario						-								Celular																				
Fecha de compra:										Costo: \$																								
Proveedor donde adquirió la prueba:																																		
Dirección Física del Proveedor:										Tel. del Proveedor:																								
Código Universal de Producto (UPC):										Cantidad de Pruebas:																								

Certificación sobre Solicitud de Reembolso para Pruebas de Detección de COVID-19 en el Hogar

Reconozco y certifico que he completado todas las respuestas en este formulario de Solicitud de Reembolso relacionadas a mi persona y a mis dependientes elegibles, con la verdad y certeza basado en mi mejor conocimiento y que no se ha omitido ni retenido información.

Al completar esta Solicitud de Reembolso sobre la prueba de detección de COVID-19 en el hogar (*over the counter*, OTC), certifico que la prueba: (1) fue adquirida exclusivamente para mi uso personal; (2) no se utilizará para para procesos de cernimiento de la población en general, incluyendo, pero sin limitarse a fines laborales; (3) no fue reembolsada por otra fuente; y (4) no será revendida.

Cualquier persona que, a sabiendas y que con la intención de defraudar, presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicta que fuere, será sancionada, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000.00), ni mayor de diez mil dólares (\$10,000.00) o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años; ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años. El incumplimiento de las disposiciones de este Artículo conllevará la imposición de una multa administrativa que no será menor de mil dólares (\$1,000.00) ni mayor de cinco mil dólares (\$5,000.00). Artículo 27.250 del Código de Seguros de Puerto Rico, 26 LP.RA § 2732.

Su cubierta será revocada de inmediato automáticamente de usted realizar un acto constitutivo de fraude; o si realiza intencionalmente una falsa representación que esté prohibida por este plan, o cualquier otro acto que represente un delito, sobre cualquier información requerida para poder obtener el reembolso por el valor pagado por la prueba de detección de COVID-19 adquirida OTC.

Firma: *

Fecha:

*En caso de que la solicitud corresponda a un suscriptor menor de 21 años, la misma debe ser firmada por el padre o encargado.