

Over the Counter (OTC) COVID 19 At Home Test Claim Form

Direct Member Reimbursement



This claim form can be used to request reimbursement of covered expenses.

Part 1: Member Information

1. Complete ALL information. Your ID Number can be located on your member ID card.
2. Submit claims within the filing period specified by your Benefit plan. For questions about your filing period please review your Member handbook or call the Customer Care number on your member ID card.
3. Please submit a separate form for each patient for whom you purchased medications.
4. Reimbursement will be made directly to the CARDHOLDER unless otherwise noted.

First Name	Last Name	MI
Telephone Number ()	Date of Birth	Gender (Circle One) Male Female
ID Number		
Mailing Address		
City	State	ZIP Code
Member Signature		Date Signed

Part 2: Where was the OTC COVID 19 Test purchased?

1. Complete ALL information.
2. Please submit a separate form for each distributor from which you purchased the OTC COVID 19 Test.

Pharmacy/Online/Retailer Name	Telephone Number ()	
Street Address (or Website Address)		
City	State	ZIP Code

Part 3: Receipt Information

1. Include original receipt(s) or printout(s); Tape original receipt(s) to bottom of this page. *Please DO NOT staple.* *Reimbursement(s) will be denied if receipt is not submitted along with the request.

Over the Counter (OTC) COVID 19 At Home Test Claim Form



Direct Member Reimbursement

2. Receipt(s) must contain the information outlined under Part 3. If your receipt(s) are missing any of this information please fill in the missing information under Part 3.
3. Receipts will not be returned, remember to keep a copy of the completed claim form and receipt(s) for your records.

Date of Purchase	Product Name
National Drug Code (NA if the code is not available)	Quantity of COVID Test/s in package
Member Paid Amount	

Mail or Fax this form along with receipts to:

Costco Wholesale Health Solutions
P.O. Box 999
Appleton, WI 54912-0999

Fax: (920)735-5315 / Toll Free (855)668-8550

OTC COVID 19 At Home Test Information to Consider:

1. *By completing and submitting this form, you are attesting that use of these COVID-19 tests is strictly for the member's personal use and will not be used for employer directed testing.*
2. *Eligible tests will be reimbursed at a rate up to \$12 per individual test.*
3. *Medicare does not allow for the reimbursement of OTC COVID-19 tests.*

Formulario de reclamación para la prueba de COVID 19 en el hogar de venta libre (Over the Counter, OTC)

Reembolso directo a miembros



Este formulario de reclamación puede utilizarse para solicitar el reembolso de los gastos cubiertos.

Parte 1: Información del miembro

1. Complete TODA la información. Puede encontrar su número de identificación en su tarjeta de identificación de miembro.
2. Presente las reclamaciones dentro del período de presentación especificado en su plan de beneficios. Si tiene preguntas sobre su período de presentación, revise su manual para miembros o llame al número de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación de miembro.
3. Envíe un formulario por separado para cada paciente para el que haya comprado medicamentos.
4. El reembolso se hará directamente al TITULAR DE LA TARJETA, a menos que se indique lo contrario.

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Número de teléfono ()	Fecha de nacimiento	Sexo (encerrar en un círculo) Masculino Femenino
Número de identificación		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
Firma del miembro		Fecha de la firma

Parte 2: ¿Dónde se compró la prueba de COVID 19 de venta libre?

1. Complete TODA la información.
2. Envíe un formulario por separado para cada distribuidor del cual compró la prueba de COVID 19 de venta libre.

Nombre de la farmacia/en línea/minorista	Número de teléfono ()	
Dirección (o dirección del sitio web)		
Ciudad	Estado	Código postal

Formulario de reclamación para la prueba de COVID 19 en el hogar de venta libre (Over the Counter, OTC)

Reembolso directo a miembros



Parte 3: Información del recibo

1. Incluya los recibos o las impresiones originales; pegue los recibos originales en la parte inferior de esta página. NO los abroche. *Se rechazarán los reembolsos si no se envía el recibo junto con la solicitud.
2. Los recibos deben contener la información descrita en la Parte 3. Si sus recibos no contienen alguno de estos datos, complete la información que falta según la Parte 3.
3. No se devolverán los recibos; recuerde conservar una copia del formulario de reclamación completado y los recibos para sus registros.

Fecha de compra	Nombre del producto
Código Nacional de Medicamentos (NA si el código no está disponible)	Cantidad de pruebas de COVID en el paquete
Monto pagado por el miembro	

Envíe por correo postal o fax este formulario junto con los recibos a la siguiente dirección:

Costco Health Solutions
c/o Navitus Health Solutions
P.O. Box 999
Appleton, WI 54912-0999

Por fax: 920.735.5315 / Número gratuito: 855.668.8550

Información sobre la prueba de COVID 19 en el hogar de venta libre para tener en cuenta:

1. *Al completar y enviar este formulario, usted certifica que el uso de estas pruebas de COVID-19 es estrictamente para uso personal del miembro y no se utilizará para las pruebas dirigidas por el empleador.*
2. *La prueba elegible se reembolsará a una tarifa de hasta \$12 por prueba individual.*
3. *Medicare no permite el reembolso de las pruebas OTC COVID-19.*