

410 Chickamauga Ave
Oficina 301
Rossville, GA 30741



Teléfono (706) 841-7000
Línea gratuita (877) 937-9602
Fax (706) 841-7020
www.nifmcp.com

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE PRUEBA DE COVID OTC

Nombre completo del participante: _____

Grupo #: _____

Número de identificación de socio: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

*** Comprobante de compra con 1) una descripción del gasto subvencionable; 2) fecha de compra; y 3) el importe a reembolsar debe incluirse en este formulario para poder recibir el reembolso.**

Descripción de los gastos subvencionables incurridos	Importe	Nombre del participante (miembro, cónyuge o dependiente elegible) que incurrió en gastos	Fecha de nacimiento del participante	¿Tiene el participante otra cobertura de seguro médico?
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

CERTIFICACIÓN

Certifico que todas las solicitudes de reembolso enumeradas en este formulario fueron adquiridas por mí a partir del 15 de enero de 2022 para uso personal y **no para fines relacionados con el empleo**. Certifico además que estos gastos no han sido ni serán reembolsados por otro tercero y no son para reventa. Declaro que esta información es verdadera y correcta y que el hecho de no proporcionar información verdadera y exacta en este formulario puede dar lugar a que el plan tome cualquier acción legal disponible -incluida una reducción de los beneficios- contra mí, mis dependientes y/o cualquier tercero.

Firma del socio o cónyuge

Fecha

Una vez que haya completado este formulario, puede enviarlo por correo a la oficina de prestaciones a la dirección mencionada arriba. Asegúrese de incluir todos y cada uno de los recibos relacionados con su solicitud de reembolso de gastos. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina de prestaciones.

Esperar al menos **60 días** a partir de la fecha de presentación de este formulario de solicitud de reembolso para recibir su cheque de reembolso.