

## Prueba de COVID-19 – Formulario para solicitud de reembolso

(Este formulario debe ser enviado junto con la solicitud de reembolso de gastos de la prueba de COVID-19 que se someta al SHIF)

Especifique las razones para hacerse la prueba, eligiendo el apropiado entre los siguientes casos:

\_\_\_\_\_ Yo (o mi dependiente ante el SHIF) fui requerido, por un profesional médico, para hacerme una prueba COVID-19 PCR, debido a los síntomas que tenía o, en seguimiento a la notificación de rastreo de contactos.

\_\_\_\_\_ Yo (o mi dependiente ante el SHIF) fui requerido para hacerme una prueba COVID-19, con la finalidad de poder realizar un viaje estatutario (o un viaje pagado por la Oficina).

\_\_\_\_\_ Los resultados negativos de una prueba de COVID-19 fueron necesarios para mí (o para mi dependiente ante el SHIF), a fin de viajar por razones personales.

\_\_\_\_\_ Yo (o mi dependiente ante el SHIF) nos hicimos una prueba de COVID-19 PCR o prueba de suero en sangre por las siguientes razones (especifique aquí):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Entiendo que:

- El SHIF puede solicitar cualquier aclaración necesaria directamente con mi proveedor de salud (o con otra compañía de seguros);
- Si los enunciados o información que haya enviado se encuentran incompletos, son incorrectos, falsificados, o tergiversados, mi solicitud de reembolso puede ser negada, se me podría solicitar la recuperación de lo ya reembolsado por el SHIF por este motivo y/o podría recibir una acción administrativa o disciplinaria.

\_\_\_\_\_  
Firma y fecha