



Solicitud de Reembolso del Pase SENTRI*

INFORMACION DEL MIEMBRO

Nombre:	Apellido:
Número de Miembro:	Fecha de Nacimiento: __/__/____
Dirección/Ciudad/Estado/Código postal:	Empleador:
Número de Teléfono (___) ___-____	Número Telefónico Alternativo: (___) ___-____

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR REEMBOLSO

Favor de incluir los siguientes documentos junto con tu solicitud completa de reembolso:

1. Copia del frente y el reverso del Pase SENTRI valido con fecha de expedición visible.
2. Copia de recibos relacionados con la compra de tu Pase SENTRI.

Favor de mandar todos los documentos requeridos por correo electrónico a applications@mediexcel.com o mandar por correo regular a:

MediExcel Health Plan
Atención Reembolso de Pase SENTRI
750 Medical Center Ct., Suite 2
Chula Vista, CA 91911

CERTIFICADO DE DECLARACION

Certifico que la información anterior es cierta y correcta, que el material adjunto no ha sido alterado, y que los gastos mencionados en esta solicitud han sido incurridos por el miembro anteriormente nombrado. Comprendo que todos los documentos presentados junto con esta solicitud se convertirán en propiedad de MediExcel Health Plan y no serán regresados. Entiendo que, si presento recibos falsos o documentos fraudulentos, podré ser expulsado de MediExcel Health Plan y sujeto a sanción civil o criminal.

Residentes de California: Para su protección, las leyes de California exigen que el siguiente enunciado aparezca en esta solicitud: cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y estará sujeto a multas y encarcelamiento en una prisión estatal. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para revisar o procesar esta solicitud.

Firma del Miembro

Fecha

MediExcel Health Plan Use Only

Date Processed:

Processed by:

Approved by:

**Solo el titular activo de MediExcel Health Plan es elegible. La renovación del Pase SENTRI no es elegible para reembolso. El reembolso es para Pase SENTRI con una fecha de emisión a partir del 1ro de enero 2020. Favor de permitir hasta tres semanas para su procesamiento El reembolso no puede exceder un total de \$65 dólares y será enviado por correo al domicilio escrito en esta solicitud.*

Porque Tu Salud es Primero – MediExcel Health Plan