



MediExcel Reembolsa el Costo de tu Tarjeta SENTRI

Si eres el miembro primario de MediExcel y aplicaste para tu tarjeta SENTRI por primera vez, puedes solicitar un reembolso del 75% del costo total de tu tarjeta.

Para solicitar tu reembolso, deberás:

1. Llenar la Solicitud de Reembolso disponible en la sección de Miembros en www.mediexcel.com.
2. Proporcionar una copia legible de tu tarjeta por ambos lados con la fecha de expedición visible. La fecha deberá ser posterior a tu fecha de inscripción en MediExcel.
3. Proporcionar una copia legible de tus recibos de pago de tu tarjeta SENTRI.

Envía los documentos requeridos por correo electrónico a applications@mediexcel.com, por correo regular a 750 Medical Center Court, Suite 2, Chula Vista, CA 91911, o visita nuestro Centro de Inscripción en la oficina de Chula Vista y entégalos en persona.*

*Solo el titular activo del plan de salud de MediExcel es elegible. Favor de permitir hasta tres semanas para procesar tu solicitud. El reembolso es para tarjetas SENTRI nuevas, adquiridas después de la fecha de inscripción en MediExcel Health Plan. No son elegibles las tarjetas de renovación. El reembolso no excederá \$92 dólares, y será enviado por correo regular al domicilio escrito en la solicitud de reembolso.



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 tu protección, la ley de California exige que lo siguiente aparezca en/junto con este formulario. Toda persona que a sabiendas presente una declaración falsa o fraudulenta para reclamar el pago de un reembolso, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y reclusión en una prisión.

Firma del Miembro

Fecha

MediExcel Health Plan Use Only

Date Processed:

Processed by:

Approved by:

**Solo el titular activo del plan de salud es elegible. Favor de permitir hasta tres semanas para procesar tu solicitud. El reembolso es para tarjetas SENTRI nuevas, adquiridas después de la fecha de inscripción en MediExcel Health Plan. No son elegibles las tarjetas de renovación. El reembolso no excederá \$92 USD, y será enviado por correo al domicilio escrito en la solicitud de reembolso.*

Porque Tu Salud es Primero – MediExcel Health Plan