



SENTRI Pass Reimbursement Form*

PATIENT INFORMATION

First Name:	Last Name:
Member ID:	Date of Birth: __ / __ / ____
Address/City/State/Zip code:	Employer:
Telephone #: (___) ___ - ____	Alternate Telephone #: (___) ___ - ____

INSTRUCTIONS TO REQUEST REIMBURSEMENT

Please include the following documents along with your COMPLETED reimbursement form:

1. Copy of valid SENTRI Pass with issued date.
2. Copy of SENTRI Pass expense receipts.

E-mail required documentation to applications@mediexcel.com or mail to
MediExcel Health Plan
750 Medical Center Ct., Suite 2
Chula Vista, CA 91911

CERTIFICATE OF STATEMENT

I certify that the above information is true and correct, the attached material is unaltered and the expenses were incurred by the patient named above. I understand all documents submitted become the property of MediExcel Health Plan and will not be returned. I understand that if I submit false receipts or fraudulently altered documents, I may be disenrolled from MediExcel Health Plan and subject to civil or criminal penalties.

California Residents: For your protection, California law requires the following to appear on/with this form; Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison. I authorize the release of any information needed to review or process this request.

_____ Patient Signature	_____ Date
-----------------------------------	----------------------

MediExcel Health Plan Use Only	Date Processed:	Processed by:	Approved by:
---------------------------------------	-----------------	---------------	--------------

*Only active primary subscribers are eligible. Please allow up to three weeks for processing. Reimbursement is for SENTRI Passes issued after July 1, 2016 and cannot exceed \$65. Reimbursement check will be mailed to the address listed above.

MediExcel...The Next Generation of Cross-Border Healthcare.



Solicitud de Reembolso de Tarjeta SENTRI*

INFORMACION DEL PACIENTE

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

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR REEMBOLSO

Favor de incluir los siguientes documentos junto con su solicitud de reembolso:

1. Copia de Tarjeta SENTRI válida con fecha de expedición visible.
2. Copia de recibos relacionados con la compra de su Tarjeta SENTRI.

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

MediExcel Health Plan
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 este formulario han sido incurridos por el paciente anteriormente nombrado. Comprendo que todos los documentos presentados junto con esta solicitud, se convierten en propiedad de MediExcel Health Plan y no serán regresados. Entiendo que, si presento recibos falsos o documentos fraudulentos, podre 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 este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro, es culpable de un delito y estará sujeta a multas y encarcelamiento dentro del estado. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para revisar o procesar esta solicitud.

Firma del Paciente

Fecha

MediExcel Health Plan Use Only

Date Processed:

Processed by:

Approved by:

**Solo el titular activo de MediExcel Health Plan es elegible. Favor de permitir hasta tres semanas para el procesamiento. El reembolso es para Tarjeta SENTRI con una fecha de expedición del 1ro de julio 2016 a la fecha. Su reembolso no puede exceder un total de \$65 dólares y será enviado por correo al domicilio escrito en esta solicitud.*

MediExcel...La Nueva Generación de Seguros Médicos Fronterizos.