



SENTRI Pass Reimbursement Form*

MEMBER 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. Front and back copy of SENTRI Pass with issued date.
2. Expense receipts for SENTRI Pass.

E-mail required documentation to applications@mediexcel.com or mail to

MediExcel Health Plan
 Attention: SENTRI Pass Reimbursement
 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 member named above. I understand that 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 a state prison. I authorize the release of any information needed to review or process this request.

Member Signature

Date

MediExcel Health Plan Use Only

Date Processed:

Processed by:

Approved by:

*Only active primary subscribers are eligible. SENTRI Pass renewals are not eligible for reimbursement. Reimbursement is for NEW SENTRI Passes issued after January 1, 2020 and cannot exceed \$65. Please allow up to three weeks for processing. Reimbursement check will be mailed to the address listed above.

Because your Health is First – MediExcel Health Plan



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