



## MediExcel Reembolsa el Costo de tu Tarjeta SENTRI

¡Nuestro Programa de Reembolso para el Pase SENTRI ha Mejorado! **Nuevo para el 2025**, MediExcel reembolsará hasta un 75% de la tarifa del Pase SENTRI para aquellos **titulares** y sus **dependientes** que estén inscritos en el plan de salud.

**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 del 2025 y 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 entregalos en persona.\*

\*Solo el titular y sus dependientes inscritos en MediExcel Health Plan son elegibles. Favor de permitir hasta tres semanas para procesar la solicitud. El reembolso solo aplica a pases SENTRI nuevos, adquiridos en el 2025 y después de la fecha de inscripción en MediExcel Health Plan. No son elegibles las tarjetas de renovación. El reembolso no excederá \$90 dólares por pase singular de adulto, y el reembolso será enviado por correo regular al domicilio escrito en la solicitud. MediExcel Health Plan reserva el derecho de cambiar el programa de reembolso para pase SENTRI en cualquier momento y por cualquier razón.



## Solicitud para Programa de Reembolso del Pase SENTRI\*

### INFORMACIÓN 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](mailto: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 DECLARACIÓN

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 \$90 USD, y será enviado por correo al domicilio escrito en la solicitud de reembolso.*

**Porque Tu Salud es Primero – MediExcel Health Plan**