



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Instrucciones para llenar el formulario de reclamación y para la documentación



Nombre de la Empresa: _____

Reclamación Nueva Información adicional solicitada

Nombre del Empleado: _____

Último 4 dígitos del seguro social#: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono: _____

(1) Por favor firme el formulario de reclamación, incluye su dirección de correo electrónico y presente documentación completa para la información solicitada.

(2) Adjunte la Explicación de Beneficios (E.O.B) o factura detallada del proveedor que muestra el nombre del proveedor, descripción de gasto, la fecha del servicio, cantidad pagada y, si aplicable, cantidad cubierta por la póliza de seguro. Los recibos de tarjeta de crédito o cheques cancelados no son aceptables. El reembolso de HRA requiere una E.O.B.

(3) Para el reembolso del cuidado de dependientes, favor de incluir las fechas del cuidado (no fechas de pago) y nombre del proveedor, la dirección y el número de identificación de impuestos. La firma del proveedor es requerida solamente si no presentas un recibo.

(4) Presente el talonario de prescripción de la farmacia con fecha llenada, nombre/número de prescripción, nombre del paciente, y la cantidad facturada.

(5) Los recibos de la caja registradora son aceptables para los gastos de medicamentos sin prescripción médica.

***Favor de Notar: Si usted está presentando un recibo para verificación de la tarjeta de débito, por favor utilice el Formulario Substancial de mySourceCard en nuestro sitio de internet ***

Gastos del Cuidado de Salud

Fecha de Servicio	Tipo de Cuenta (FSA, HRA, Dental/Reembolso de Visión)	Nombre del Proveedor	Tipo de Servicio o Nombre/Número de Prescripción	Nombre del Participante o Miembro de Familia	Cantidad Solicitada para Reembolso
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
TOTAL					

Gasto del Cuidado de Dependientes

Nombre de Dependiente(s) Elegible	Fecha(s) del Cuidado		Nombre, Dirección, y <u>Número de Identificación de Impuestos</u> (O Número de Seguro Social) del Proveedor	Cantidad Facturada
	Desde	Hasta		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
Total de Gastos del Cuidado de Dependiente(s)				

Firma del Proveedor

Certificación del Empleado

Certifico que estos gastos cuyo reembolso se solicita han sido efectuados por mí y/o mis dependientes elegibles. Estos gastos no son, ni serán pagados por cualquier otro plan, no serán reembolsados ni descontados de cualquier otra fuente y no serán imputados sobre mis declaraciones de impuestos federal, estatal o local.

Firma del Empleado (REQUERIDO)

Fecha

Envíe por correo el formulario de reclamación y los recibos a: Human Resource Administrators, Inc., 1541 Alta Drive, Ste. 306 Whitehall, PA 18052

Envíe por fax el formulario de reclamación y los recibos a: (610) 774-9910

PARA OBTENER MÁS FORMULARIOS DE RECLAMACIÓN O PARA COMPROBAR EL BALANCE DE CUENTA, VISITE WWW.HRADMINISTRATORS.COM