The Difference Card

###3T00230##################

FORMULARIO DE REEMBOLSO

NÚMERO DE PÁGINAS ENVIADAS POR FAX:

A COMPLETAR POR EL EMPLEADO (Complete todas las secciones para su pronto procesamiento)

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:

NOMBRE DEL EMPLEADO (primer nombre, segundo nombre, apellido):

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO (solo los últimos 4 dígitos):

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

PASO 1: Complete esta sección del formulario de reembolso para los gastos elegibles incurridos durante su plan mientras era un participante. Su compañía de seguros debe procesar los gastos de atención médica primero. La compañía de seguros le proporcionará una Explicación de Beneficios (*Explanation of Benefits, EOB*). Un gasto se incurre cuando se presta el servicio, no cuando se le factura o usted paga por el servicio.

Recordatorios de reembolso
1. Debe completar los casilleros de esta sección para cada gasto a fin de que su reclamo se procese correctamente.
2. Sus recibos deben contener lo siguiente:
- Fecha del servicio
- Proveedor del servicio
- Nombre del paciente
- Tipo de servicio
- Monto del servicio
3. Se requiere una Explicación de Beneficios (*Explanation of Benefits, EOB*) de su compañía de seguros y una factura detallada (recibo) para procesar este reclamo.
4. Se deberán adjuntar al formulario copias de los recibos de cada gasto reclamado.

Fecha del servicio	Proveedor	Nombre del paciente	Tipo de servicio	Monto del servicio
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
			TOTAL DE GASTOS DE ATENCIÓN MÉDICA:	$

¿ADJUNTÓ UNA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB)? ☐ SÍ ☐ NO

¿YA LE PAGÓ AL PROVEEDOR POR LOS RECLAMOS QUE SE PRESENTAN CON ESTE FORMULARIO? ☐ SÍ ☐ NO

SI CORRESPONDE, ¿DESEA QUE EL SALDO RESTANTE SE APLIQUE A SU CUENTA FSA? ☐ SÍ ☐ NO

NOTAS O COMENTARIOS:

PASO 2: SE REQUIERE LA FIRMA DEL EMPLEADO (o de un adulto dependiente)

A mi leal saber y entender, las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas. Autorizo a cualquier proveedor de servicios a suministrar cualquier información solicitada a The Difference Card. Por este medio, también autorizo a The Difference Card a divulgar a cualquier organización o persona la información que sea necesaria para determinar los beneficios pagaderos en virtud del Plan de beneficios, o a obtener esta información de ellas. Una copia fotostática de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original. Para cualquier pago que exceda los montos pagaderos en virtud del plan de The Difference Card, acepto reembolsar al plan con un pago único o mediante una reducción automática del monto de los beneficios futuros que de otra manera serían pagaderos. Al finalizar el contrato, acepto devolver "The Difference Card" dentro de 1 día hábil. Reconozco que cualquier solicitud de reembolso se procesará dentro de 4 a 12 días hábiles y no aparecerá en el sitio web de The Difference Card hasta que se complete el procesamiento.

FIRMA DEL EMPLEADO

FECHA (DD/MM/AAAA)

Completar y enviar por correo** a : The Difference Card, 245 Main Street, Suite 605, White Plains, NY 10601
O por fax a : (602) 333-4252

** Si envia los reclamos por correo, no abroche ni pegue con cinta los recibos o la EOB a este formulario.