

## FORMULARIO DE REEMBOLSO

**Para ser completado por empleado (Por favor Complete todas las secciones de procesamiento rápido)**

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>Nombre del empleado</b> (Primero, media, ultima) |  |  |  |
| <b>EMPLEADO DE SEGURIDAD SOCIAL</b>                 | <b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO</b> |  |  |
| <b>NOMBRE DEL PACIENTE</b>                          | <b>RELACIÓN</b>                        |  |  |
| <b>FECHA DE SERVICIO</b>                            | <b>Fecha de nacimiento</b>             |  |  |
|   |  |  |  |

### TIPO DE SERVICIO

#### OTROS SERVICIOS

- |  |  |
|--|--|
| <p>OFICINA VISITA COPAGO <input type="checkbox"/></p> <p>COPAGO DE MEDICAMENTOS RECETADOS <input type="checkbox"/></p> <p>COPAGO DE HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/></p> <p>COPAGO AMBULATORIO <input type="checkbox"/></p> <p>COPAGO DE EMERGENCIA <input type="checkbox"/></p> <p>COPAGO DE ATENCIÓN URGENTE <input type="checkbox"/></p> <p>COPAGO DE DIAGNÓSTICO DE ALTA TECNOLOGÍA <input type="checkbox"/></p> | <p>* DEDUCIBLE EN RED <input type="checkbox"/></p> <p>* EN LA RED COASEGURO <input type="checkbox"/></p> <p>* DEDUCIBLE FUERA DE LA RED <input type="checkbox"/></p> <p>* COASEGURO FUERA DE LA RED <input type="checkbox"/></p> <p>SERVICIOS DE OFTALMOLOGÍA <input type="checkbox"/></p> <p>DEDUCIBLE DE PRESCRIPCIÓN <input type="checkbox"/></p> <p>DENTAL - PROCEDIMIENTOS PRINCIPALES <input type="checkbox"/></p> |
|--|--|

#### OTROS - EXPLIQUEN

\* UNA explicación de BENEFITS(EOB) y copia de la factura de proveedor deben presentarse para estos servicios

*Por favor Nota: beneficios de reembolso pueden no estar disponibles para todos los tipos de servicio indicados anteriormente. Consulte su resumen de beneficios.*

**HAN PAGADO EL PROVEEDOR YA LA RECLAMACIÓN (S) SE PRESENTA CON ESTE FORMULARIO?**  SÍ  NO

**EN SU CASO, LE GUSTARÍA CUALQUIER SALDO RESTANTE APLICADA HACIA SU CUENTA FSA?**  SÍ  NO

#### NOTAS O COMENTARIOS

### REQUIERE firma de empleado (o un adulto dependiente)

Las declaraciones anteriores son verdaderos y correctos para lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a cualquier proveedor de servicios que proporcione cualquier información solicitada a la tarjeta de diferencia. También autorizo la diferencia tarjeta liberar u obtener de cualquier organización o información de la persona que pueda ser necesaria para determinar las prestaciones debidas en virtud del Plan de beneficio. Una copia fotostática de esta autorización se considerará como eficaz y válida como el original. Para cualquier pago que excede las cantidades pagaderas con arreglo al plan de tarjeta de diferencia, estoy de acuerdo en reembolsar el plan en un pago a tanto alzado o por una reducción automática de la cantidad de beneficios futuros que de lo contrario serian pagaderas. Tras la rescisión, estoy de acuerdo devolver "La tarjeta de diferencia" dentro de 1 día laborable

**Firma del empleado** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

Completo y correo \* a: la tarjeta de diferencia, 245 Main Street, Ste 605, White Plains, NY 10601

O por Fax al: (914) 220-0901

**Diferencia de tarjeta cliente servicio gratuito número (888) 343-2110**

**\*\* Si las reclamaciones de correo, por favor no recibos no grapa o cinta o EOBs a este formulario.**