

FORMULARIO DE REEMBOLSO

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

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

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.**