

Health Reimbursement Account (HRA) Claim Form

ਸਿਹਤ ਅਦਾਇਗੀ
ਖਾਤਾ (HRA) ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ

STEP ONE: PARTICIPANT INFORMATION					
ਪਹਿਲਾ ਕਦਮ: ਭਾਗੀਦਾਰ ਜਾਣਕਾਰੀ					
Last Name: ਆਖਰੀ ਨਾਮ:		First Name: ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ:		M.I.	Phone Number: ਫੋਨ ਨੰਬਰ:
Mailing Address: ਮੇਲ ਭੇਜਣ ਦਾ ਪਤਾ:				Participant's Alternate ID or Social Security Number: ਭਾਗੀਦਾਰ ਦਾ ਵਿਕਲਪਿਕ ਆਈਡੀ ਜਾਂ ਸਮਾਜਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੰਬਰ:	
STEP TWO: HEALTH REIMBURSEMENT ACCOUNT (HRA) INFORMATION					
ਦੂਜਾ ਕਦਮ: ਸਿਹਤ ਮੁੜ-ਭੁਗਤਾਨ ਖਾਤੇ (HRA) ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ					
In order to receive reimbursement, please complete the following <u>in full</u>, and attach a copy of the Explanation of Benefits (EOB) or itemized statements that show the uncovered health care expenses and the reason why the claim was not paid or not paid in full. For prescription drug claims, you must provide a copy of the prescription receipt showing the patient's name, date of service, type of prescription, and co-payment amount. ਅਦਾਇਗੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰੋ, ਅਤੇ ਲਾਭ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ (EOB) ਜਾਂ ਆਈਟਮਾਈਜ਼ਡ ਸਟੇਟਮੈਂਟਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਨੱਥੀ ਕਰੋ ਜੋ ਅਣਦੇਖੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਖਰਚਿਆਂ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਪੂਰਾ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕਰਨ ਦਾ ਕਾਰਨ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਨੁਸਖੇ ਵਾਲੀ ਦਵਾਈ ਦੇ ਦਾਅਵਿਆਂ ਲਈ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ, ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ, ਨੁਸਖੇ ਦੀ ਕਿਸਮ, ਅਤੇ ਸਹਿ-ਭੁਗਤਾਨ ਦੀ ਰਕਮ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਨੁਸਖੇ ਦੀ ਰਸੀਦ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ।					
Patient's Name ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ	Age ਉਮਰ	Relationship to Participant ਭਾਗੀਦਾਰ ਨਾਲ ਸਬੰਧ	Dates of Service ਸੇਵਾ ਦੀਆਂ ਤਾਰੀਖਾਂ	Type of Service (Med/Den/Rx/Vision) ਸੇਵਾ ਦੀ ਕਿਸਮ (Med/Den/Rx/ਵਿਜ਼ਨ)	Amount of Requested Reimbursement* ਬੇਨਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਦਾਇਗੀ ਦੀ ਰਕਮ*
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
* You must calculate the amount you wish to claim from your HRA account. We cannot process your reimbursement request without this information. * ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੇ HRA ਖਾਤੇ ਤੋਂ ਉਸ ਰਕਮ ਦੀ ਗਣਨਾ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ ਜੋ ਤੁਸੀਂ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਤੁਹਾਡੀ ਅਦਾਇਗੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ 'ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ।				Total: ਕੁੱਲ:	\$ _____
If you have more claims to submit than what is listed above, you are required to complete another claim form. ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਉਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਗਏ ਦਾਅਵੇ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦਾਅਵੇ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਾਉਣੇ ਹਨ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਹੋਰ ਦਾਅਵਾ ਫਾਰਮ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।					
STEP THREE: PARTICIPANT CERTIFICATION AND SIGNATURE					
ਤੀਜਾ ਕਦਮ: ਭਾਗੀਦਾਰ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਰਣ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ					
I request reimbursement for the eligible expenses listed above. I certify that the above information is correct and that I have not received reimbursement for these expenses from this HRA account and have not, and will not, receive reimbursement for these expenses from any other plan. I understand that expenses reimbursed under this Health Reimbursement Account (HRA) cannot be used to claim a deduction or tax credit on my personal income tax. ਮੈਂ ਉਪਰ ਸੂਚੀਬੱਧ ਯੋਗ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਅਦਾਇਗੀ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰਦਾ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਪ੍ਰਮਾਣਿਤ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਉਪਰੋਕਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਨੂੰ ਇਸ HRA ਖਾਤੇ ਤੋਂ ਇਹਨਾਂ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਅਦਾਇਗੀ ਨਹੀਂ ਮਿਲੀ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਯੋਜਨਾ ਤੋਂ ਇਹਨਾਂ ਖਰਚਿਆਂ ਲਈ ਅਦਾਇਗੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਹੈ, ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਮਿਲੇਗੀ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਹੈਲਥ ਰਿਇੰਬਰਸਮੈਂਟ ਅਕਾਊਂਟ (HRA) ਦੇ ਤਹਿਤ ਵਾਪਸ ਕੀਤੇ ਗਏ ਖਰਚਿਆਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਮੇਰੇ ਨਿੱਜੀ ਆਮਦਨ ਟੈਕਸ 'ਤੇ ਕਟੌਤੀ ਜਾਂ ਟੈਕਸ ਕ੍ਰੈਡਿਟ ਦਾ ਦਾਅਵਾ ਕਰਨ ਲਈ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ।					
Participant's Signature ਭਾਗੀਦਾਰ ਦੇ ਦਸਤਖਤ				Date ਮਿਤੀ	

ਦਾਅਵਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ - Complete all sections of this form. - Attach the following documents: ✓ The Explanation of Benefits form (EOB) issued by an insurance company that shows uncovered health care expenses and the reason why the claim was not paid or not paid in full. ✓ If an EOB is not provided, include itemized bills which include the patient's name, provider name, date of service, type of service, and any plan payments. ✓ Cancelled checks or register receipts alone cannot be accepted as documentation Please retain a copy of this form and all documentation for your records. Originals will not be returned. - ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੇ ਸਾਰੇ ਭਾਗ ਭਰੋ। - ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੱਥੀ ਕਰੋ: ✓ ਇੱਕ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀ ਦੁਆਰਾ ਜਾਰੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਲਾਭ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਫਾਰਮ (EOB) ਜੋ ਕਿ ਅਣਦੇਖੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਖਰਚਿਆਂ ਅਤੇ ਦਾਅਵੇ ਦਾ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕਰਨ ਜਾਂ ਪੂਰਾ ਭੁਗਤਾਨ ਨਾ ਕਰਨ ਦਾ ਕਾਰਨ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ। ✓ ਜੇਕਰ EOB ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਆਈਟਮਾਈਜ਼ਡ ਬਿੱਲ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੋ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮਰੀਜ਼ ਦਾ ਨਾਮ, ਪ੍ਰਦਾਤਾ ਦਾ ਨਾਮ, ਸੇਵਾ ਦੀ ਮਿਤੀ, ਸੇਵਾ ਦੀ ਕਿਸਮ, ਅਤੇ ਕੋਈ ਵੀ ਯੋਜਨਾ ਭੁਗਤਾਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ✓ ਸਿਰਫ਼ ਰੱਦ ਕੀਤੇ ਚੈੱਕ ਜਾਂ ਰਜਿਸਟਰ ਰਸੀਦਾਂ ਨੂੰ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵਜੋਂ ਸਵੀਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ✓ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਰਿਕਾਰਡ ਲਈ ਸਾਰੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਰੱਖੋ। ਅਸਲ ਵਾਪਸ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣਗੇ।		Mail completed form and original documentation to: ਭੇਜਿਆ ਹੋਇਆ ਫਾਰਮ ਅਤੇ ਅਸਲ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਡਾਕ ਰਾਹੀਂ ਭੇਜੋ: MagnaCare PO Box 161357 Altamonte Springs, FL 32716 855-405-3863 Fax# (ਫੈਕਸ#) 844-791-8316
--	--	---