

Formulario de Reclamo Acuerdo de Reembolso por Gastos de Salud (HRA)

PASO UNO: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE			
Apellido:	Nombre:	Inicial Segundo Nombre	Número de teléfono:
Dirección Postal:			Identificación Alternativa del Participante o Número de Seguro Social:

PASO DOS: INFORMACIÓN DE LA CUENTA DE REEMBOLSO POR GASTOS DE SALUD (HRA)					
Para recibir el reembolso, por favor complete a continuación <u>en su totalidad</u>, y adjunte una copia de la Explicación de Beneficios (EOB, siglas en inglés) o informes detallados que muestren los gastos de salud no cubiertos y el motivo por el que el reclamo no se pagó o no fue pagado en su totalidad. Para reclamos de medicamentos recetados, usted debe presentar una copia del recibo de la receta que muestre el nombre del paciente, fecha de servicio, tipo de receta e importe de copago.					
Nombre del Paciente	Edad	Relación con el Participante	Fechas de Servicio	Tipo de Servicio (Med/Den/Rx/Vision)	Importe de Reembolso Solicitado*
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
* Usted debe calcular el importe que desea reclamar de su cuenta HRA. Nosotros no podemos procesar su solicitud de reembolso sin esta información.				Total:	\$ _____

Si tiene que presentar más reclamos que los enlistados arriba, tiene que completar otro formulario de reclamo.	
PASO TRES: CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL PARTICIPANTE	
Yo solicito el reembolso de los gastos elegibles indicados arriba. Certifico que la información precedente es correcta y que no he recibido un reembolso por estos gastos de esta cuenta HRA y no he recibido, ni recibiré, un reembolso por estos gastos de ningún otro plan. Entiendo que los gastos reintegrados bajo esta Cuenta de Reembolso por Gastos de Salud (HRA) no se pueden usar para una deducción o crédito tributario de mi impuesto sobre ingresos personales.	
_____ Firma del Participante	_____ Fecha

INSTRUCCIONES PARA EL RECLAMO	
- Complete todas las secciones de este formulario. - Adjunte los siguientes documentos: ✓ El formulario de Explicación de Beneficios (EOB) emitido por su compañía de Seguro que muestre los gastos de salud no cubiertos y el motivo por el que no se pagaron o no fueron pagados en su totalidad. ✓ Si no se provee una EOB, incluya facturas detalladas que contengan el nombre del paciente, nombre del proveedor, fecha de servicio, tipo de servicio, y cualquier plan de pagos. ✓ No se aceptarán cheques cancelados o recibos de caja como documentación por sí solos. ✓ Por favor guarde una copia de este formulario y de toda la documentación para sus registros. No se devolverán los originales.	Envíe por correo postal el formulario completo y la documentación original a: MagnaCare PO Box 161357 Altamonte Springs, FL 32716 855-405-3863 Fax# 844-791-8316