AMERICAN BENEFITS GROUP

ARREGLO DE REEMBOLSO DE SALUD (HRA) - FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Please make copies and save for future claims filing

Nombre: _____ Últimos cuatro dígitos de SSN: _____

Empleador: _____ Email: _____

Reclamaciones de gastos (para usted y / o sus dependientes elegibles)

Fecha Incurrido	Nombre del Servicio Proveedor	Gastos Descripción	Persona para quien Se incurrió en gastos*	Cantidad Incurrido
			RECLAMACIONES TOTALES	$

* Las reclamaciones solo se pueden presentar para las personas cubiertas.
Consulte el documento de su plan HRA para determinar quién califica como individuo cubierto.

LEA CUIDADOSAMENTE

Para que se le reembolsen los gastos de su Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA), debe proporcionar a American Benefits Group la información necesaria que demuestre que el gasto es coherente con el diseño del plan HRA de su empresa. Para los planes que están vinculados a un plan de salud grupal, debe proporcionar una Explicación de Beneficios (EOB) de su compañía de seguros de salud y la factura de su proveedor, para los planes no vinculados que cubren los gastos de la Sección 213 (d). ; la fecha en que se incurrió en el servicio, el destinatario del servicio, la naturaleza del servicio prestado, el nombre del proveedor del servicio y el costo del servicio. Estos documentos deben enviarse por correo o por fax junto con este formulario a la dirección o número de fax que figura a continuación (asegúrese de que este formulario se haya firmado y completado).

El participante abajo firmante en el Plan, certifica que todos los gastos que se presentaron para el reembolso en este formulario de reclamación, se incurrieron durante un período en el que el suscrito estaba cubierto por el Plan HRA de la Compañía. Además, el suscrito certifica que los gastos médicos no han sido reembolsados o no son reembolsables bajo ninguna otra cobertura del plan de salud. El abajo firmante entiende completamente que él o ella es completamente responsable de la suficiencia, exactitud y veracidad de toda la información relacionada con este reclamo y que, a menos que un gasto por el cual se reclame el pago o el reembolso, sea un gasto adecuado según el Plan, el abajo firmante puede ser Responsable de la devolución de todos estos gastos..

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Por favor, envíe este formulario de reclamo junto con comprobantes o recibos justificativos.

(Receipts must indicate the dates of service, the name of the provider, the nature of the service rendered or product purchased, the person for whom the service was provided and the cost of the service)

Fax gratuito: 877-723-0147 o envíe un correo electrónico de forma segura a claims@amben.com

No hay fax? Correo a: American Benefits Group | PO Box 1209, Northampton, MA 01061-1209 | 800-499-3539