

HRA Formulario de Reclamación**PASO 1****Employee Information**Nombre Completo: _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____Empleador: FreedomCare Livewell Health 4 últimos dígitos del # de Seguridad Social: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____Marque aquí si presenta un cambio de dirección ☐**PASO 2****Información de Reclamación**

Fecha de Servicio	Nombre del Paciente	Nombre del Proveedor	Descripción del Servicio	Cantidad Solicitada	Pagarme	Pagar al Proveedor*

* si se selecciona un proveedor de pago, asegúrese de incluir una factura con la dirección postal del proveedor.

PASO 3**Depósito directo** (omite este PASO si ya está inscrito en el depósito directo)

Nombre del Banco	Numero de Cuenta	Numero de ruta	Tipo de Cuenta (Corriente/Ahorro)

Al firmar este formulario, autorizo a Flex Facts a iniciar débitos y/o créditos en mi cuenta bancaria indicada anteriormente. Los débitos sólo se iniciarán para corregir un error de reembolso. Mi autorización permanecerá en vigor hasta que yo notifique por escrito la terminación de esta autorización o cambie mi información de depósito directo en línea. Se proporcionará un tiempo razonable para que Flex Facts aplique cualquier cambio solicitado.

PASO 4**Certificación del Empleado**

Al firmar este formulario, acepto que mi(s) cuenta(s) de prestaciones se reduzca(n) en la(s) cantidad(es) solicitada(s). Certifico que los gastos arriba indicados fueron incurridos por mí (y/o mi cónyuge y/o dependientes elegibles) durante el año del plan aplicable y son elegibles para el reembolso bajo mis Planes. (Consulte su SPD/Documento del Plan para obtener información sobre los gastos admisibles). Certifico que estos gastos no han sido reembolsados previamente por este u otro plan de prestaciones, no serán reembolsados por ninguna otra fuente y no serán reclamados como deducción del impuesto sobre la renta. Entiendo que se me puede pedir que proporcione más detalles o documentación.

Firma del Empleado: X _____ Fecha: _____

PASO 5**Enviar Reclamación**

Envíe este formulario firmado junto con una copia de la(s) factura(s) requerida(s) o la Explicación de Beneficios (EOB) a claims@flexfacts.com. La documentación debe incluir el nombre del proveedor, el nombre del paciente, la fecha del servicio, la descripción del servicio y el importe facturado.