



Forma de Reclamo de Reembolso



Podría obtener su reembolso más rápido! Presente su reclamo en línea a través del portal de empleados (BRIWeb.com) o mediante la aplicación móvil BRIMobile app, si es permitido por su empleador.



Nombre del Empleado

Número de membresía

Elección de su empleador. A menudo su número de empleado o NSS

Compañía

Marque aquí si su dirección ha cambiado y provea la información.

Calle o Apartado Postal

Ciudad

Estado Código Postal

Para qué necesita reembolso? (Un tipo de reclamo por formulario)

Cuentas de Salud (FSA, HRA)

Cuido de Dependientes (cuidado infantil)

Gastos de Transportación o Estacionamiento

Otros/Cuentas Especiales

Proveedor & Tipo de Servicio <i>(ejemplo: Dental, Prescripciones / Rx, Co-pago, Cuido infantil, Estacionamiento)</i>	Fecha de Inicio y Finalización <i>(MM/DD/YYYY)</i>	Persona que Recibe Servicio <i>(Nombre y Apellido)</i>	Cantidad	Uso de Oficina
			\$.	
			\$.	
			\$.	
			\$.	
			\$.	

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN: Al enviar el formulario de reclamo, certifico que: (1) la información en este formulario es precisa y complete. (2) Estoy solicitando el reembolso de los gastos elegibles proporcionados a mí mismo (a) o a las personas que calificaron mientras participaba en el plan. (3) Ya he recibido estos productos y servicios y confirm que al solicitar el reembolso aquí, no buscaré el reembolso de éste gasto de ningún otro plan o Partido/compañía. Si estoy cubierto por más de una cuenta de atención médica, el reembolso se realizará de acuerdo con la orden de pago determinada por esos planes y como se indica en la documentación de mi plan. (4) El uso de éste servicio indica mi aceptación de los términos y condiciones asociados con mi plan y disponibles a través de mi inicio de session seguro en BenefitResource.com.

Lo que necesita saber al enviar su reclamo:

- Asegúrese de incluir un recibo detallado o EOB. Generalmente, no se aceptan recibos de tarjetas de crédito.
- Consulte los documentos de su plan para confirmar qué gastos son elegibles y las fechas en las que deben presentarse/someterse las reclamaciones.

Envíe estos documentos por:

Fax:
(585) 427-9320

Correo:
Benefit Resource, LLC
PO BOX 642
Willow Grove, PA 19090

Visite BenefitResource.com/ClaimsHelp para obtener más ayuda en completar este formulario.