



Forma De Reclamo Para La Cuenta Médica De Reembolso

First Financial Administrators, Inc.

Información del Empleado (use letra de molde)			
EMPLEADOR	NOMBRE	INICIAL	APELLIDO
DOMICILIO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NO. TELÉFONO (ENTRE 8ª-5PM)	NO. DE SEGURO SOCIAL	CORREO ELECTRÓNICO	

LISTA DE RECLAMOS ELEGIBLES PARA REEMBOLSO					
FECHA DE SERVICIO	TIPO DE SERVICIO (COPAGO, PRESCRIPCIÓN, ORTODONCIA)	NOMBRE DEL PACIENTE	SELECCIONE OPCIÓN		CANTIDAD DE GASTO
			SOLICITUD DE REEMBOLSO	PAGE CON TARJETA	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			CANTIDAD TOTAL DE GASTOS		\$

FIRMA DE EMPLEADO (FIRMA NECESARIA)

Certifico que todos los gastos mencionados anteriormente son elegibles para reembolso bajo el Código de la Sección 213 (d) y de acuerdo con mi plan y se efectuaron durante un período, mientras que yo estuve cubierto por mi plan proporcionado por mi empleado. Estos gastos no tienen y no son reembolsables bajo cualquier otro plan de salud. Todo gasto de medicamento de venta libre y los otros medicamentos deben estar acompañados de una receta médica.

El participante acepta que si el proveedor médico cobra más de la cantidad contractual de seguros y la compañía de seguros somete más del pago que el participante sometió para reembolso y el proveedor medico reembolsa la diferencia, este dinero ya procesado se les debe volver al plan de reembolso mediante pago personal o el proveedor puede emitir un crédito a la tarjeta de beneficios.

Nota: Si usted tiene depósito directo, First Financial Administrators, Inc. no pagará gastos bancarios al caso que tenga insuficiencia de fondos. Favor de verificar con su institución financiera acerca de su depósito.

FIRMA DE EMPLEADO: _____ FECHA: _____

TIENE PREGUNTAS:

GUÍA PARA SOMETER RECLAMOS

Por favor, siga esta guía para asegurarse de que sus reclamos son reembolsados rápidamente. El no adjuntar la documentación adecuada puede resultar en rechazo de reclamación.

Documentación Adecuada

- Recibo detallado que muestra la fecha del servicio, tipo de servicio, nombre del proveedor, el nombre del paciente, y la cantidad adeudada.
- Explicación de Beneficios (EOB) de la compañía de seguros
- Recibo de la farmacia o declaración que incluye el número y nombre de medicamento recetado
- Recibo de cajero que incluye medicamentos elegibles de venta libre

Documentación Inadecuada

- Copia de cheque cancelado
- Recibo sin detalle de compra (tarjeta de crédito o débito)
- Estados financieros del proveedor con cantidad debida
- Estados financieros sin detalle en cuentas ya liquidadas

Reclamos sometidos por servicios en el futuro que no han acontecido no son elegibles.

Someta formas de reclamo a:

First Financial Group of America
FSA Department
PO Box 670329
Houston, TX 77267-0329

Someta forma de reclamo por fax al:

800-298-7785

Llene forma por vía del internet:

www.ffga.com

Llene su forma de reclamo por internet o suba la documentación en la página segura de internet usando su información de participante yendo a www.ffga.com

FF Flex Aplicación Móvil:

Someta su forma de reclamo usando su teléfono móvil con la FF Flex Aplicación Móvil. Puede descargar la aplicación para su teléfono móvil en la App Store o Google Play Store para teléfono Apple o Android.

Para más información de sus cuentas de reembolso visite la página de internet www.ffga.com