

RECLAMO DE HRA

Nombre del participante:		ID de miembro/SSN:
Correo electrónico:		Teléfono:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Me gustaría pagar al (marque uno):				
Proveedor <input type="checkbox"/>			Miembro <input type="checkbox"/>	
Nombre del paciente	Fecha de servicio	Descripción	Importe	Solo para uso interno
Total:				

Requisitos para presentar un reclamo de HRA

1. **Presentación oportuna:** Los reclamos deben presentarse dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de servicio (no la fecha de pago).
2. **Factura detallada:** Debe incluir el nombre del paciente, los servicios realizados y la fecha del servicio. Si no hay una factura detallada disponible, envíe la explicación de beneficios (EOB) con el comprobante de pago.
3. **Pago del seguro:** Los reclamos deben procesarse primero a través del seguro, sin excepciones.
4. **Reembolso:** Espere de 10 a 15 días hábiles para el reembolso.

Procesamiento acelerado

- Regístrese en [el pago automático de HRA](#).
- Regístrese para el depósito directo.
- Asegúrese de que las imágenes por correo electrónico tengan el tamaño actual o que los documentos estén en forma de PDF.
- Solo envíe un paciente por formulario.
- Envíelo por correo electrónico: Envíe todos los documentos a hraclaims@ewbtf.org.

Nota: Al no seguir estos pasos podría resultar en retrasos en los pagos y los reclamos serán rechazados si están incompletas.

Autorización para la firma

Autorizo la presentación de mi reclamo de HRA y la divulgación de la información necesaria. Certifico que la información es precisa y completa. Entiendo que esto permite deducciones de mi HRA para los reclamos enumerados, y la Oficina de Beneficios no cubre garantías ni tarifas de cobro.

Firma:	Fecha:
---------------	---------------