

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE

FORMULARIO DE ENTREGA DE ORTODONCIA

Los reclamos por fax y por correo pueden tardar más en procesarse que los reclamos electrónicos y no aparecerá en su cuenta hasta que se reembolsen. Para un proceso rápido y fácil, por favor entre en línea para enviar su reclamo. Si no ha recibido el reembolso dentro de dos semanas, por favor, póngase en contacto con un representante de Allegiance al 877-424-3570.

Si desea que los pagos futuros sean depositados directamente en su cuenta bancaria, incluya un cheque anulado con este formulario o inscribise en el sitio web de Allegiance.

Opciones de reembolso

Opciones de pago mensual

1. Cupón de pago/factura (la opción más común).
Pagos mensuales pueden ser reembolsados desde su cuenta de gastos flexible por someter su estado de facturación mensual o cupón de pago. La documentación debe mostrar el nombre del proveedor, mes de servicio, y el pago mensual.
2. Contrato de ortodoncia
El pago inicial y cantidades mensuales de contrato pueden ser reembolsados por someter un contrato de ortodoncia (propio u Opción 1 en el formulario reverso). El contrato necesita especificar la fecha del pago inicial, duración de tratamiento, y cantidad de pagos mensuales. Si selecciona esta opción, los reembolsos pueden ser creados por Allegiance para pagar automáticamente cada mes (si está seleccionado en el contrato). La fecha del reclamo será ingresada como el 25 del mes anterior de la fecha de vencimiento. Por ejemplo: si su pago es para pagar en noviembre, el reclamo será introducido el 25 de octubre.

*Nota: Allegiance solo puede reembolsar basado en contratos de proveedores, no en declaraciones federales de la ley de veracidad en préstamos.

Opción de pago de suma única

Si está arreglado con su proveedor, Allegiance reembolsará pagos únicos si la documentación puede verificar que los servicios son incurridos dentro de su año de plan. (Vea la opción 2 en el formulario reverso).

FORMULARIO DE PRESENTACION DE ORTODONCIA

Contrato de gastos de ortodoncia

Nombre del empleador: _____

Nombre del empleado: _____ ID del empleado: _____

Nombre del paciente: _____

Opción de pago 1 (por favor marque logue aplica)

Pago inicial Pago mensual (los pagos serán introducidos el 25 del mes anterior de la fecha de vencimiento.)

Servicios y tasas:

(Nota: Por favor no llene sus datos en la sección de pago 1 si planea pagar los servicios por completo) Fecha

de inicio: _____ Duración de tratamiento: _____

Cargos totales de tratamiento: \$ _____

- Pagos del seguro: - (\$ _____)

Pagos de bolsillo del = \$ _____

participante: Tasa de registros: \$ _____

Pago inicial: \$ _____

Número de meses: _____

Pago mensual: \$ _____

Opción de pago 2 Pago único

Cargo de ortodoncia para su año del plan corriente: \$ _____

(Después de la porción que el seguro ha sido pagado)

Año del plan Flex (mm/dd/aa) – mm/dd/aa _____

Para poder procesar su reclamo, una firma del proveedor es necesaria a continuación.

Nombre del ortodoncista: (letra de molde por favor)

Firma del ortodoncista: (requerida) _____ Fecha: _____