

Formulario de Reembolso de Atención Médica FSA

página ____ de ____

NOMBRE DEL EMPLEADO: APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL DE SU SEGUNDO NOMBRE NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

LOS ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL SEGURO SOCIAL NÚMERO DE TELÉFONO DEL DÍA DIRECCIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO marque si es nueva

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO: CALLE marque si es nueva CIUDAD CÓDIGO POSTAL

Según mis conocimientos y creencias, mis declaraciones para el reembolso son completas y verdaderas. Estoy reclamando el reembolso solamente por los gastos elegibles contraídos durante el plan anual aplicado para mí mismo y / o mis dependientes legales. Yo certifico que los gastos no han sido reembolsados anteriormente, ni serán reembolsados bajo otro plan de beneficios y no serán reclamados como una deducción de impuestos de ingreso ni un crédito de impuestos. Si haya una diferencia entre la cantidad total de gastos pedidos abajo y la cantidad total de los recibos adjuntos, yo recibiré el reembolso según el total de la cantidad de los gastos elegibles en los recibos adjuntos.

X

VERIFICACIÓN DE FIRMA DEL EMPLEADO (Los recibos no serán tramitados sin la firma)

FECHA

PASO 1: Esta sección del formulario del reembolso tiene que ser completada solo por los gastos elegibles y solo por los gastos contraídos durante el año de su plan. Usted tiene que haber sido un participante en el plan al momento en que el gasto fue contraído. La fecha contraída del gasto es la fecha del servicio. Este formulario es solo para los gastos de Atención Médica.

Por favor completa todos los espacios en esta sección para asegurarse del reembolso adecuado.

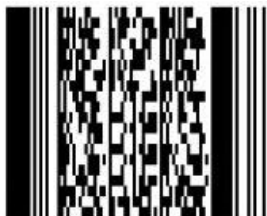
Para los servicios en que tiene usted un plan de seguros, una Explicación de Beneficios de su compañía de seguros tiene que ser adjunta. Para los demás gastos, un recibo o una factura detallada de su proveedor de servicios es requerido para tramitar su reclamación. Recibos separados para cada reclamación tiene que ser adjuntos a este formulario.

Los recibos tienen que incluir la siguiente información:

- Fecha de Servicio
- Servicio o Artículo Comprado
- Proveedor de Servicio
- Cantidad de Servicio
- Reembolso de Millaje – Mapas Google u otra aplicación comparable

- Por favor verifique dos veces para asegurarse de que el nombre del medicamento está en el recibo**
- Asegúrese de sumar el total de sus gastos**
- Cheques cancelados / extractos de tarjeta de crédito no son formas de documentación aceptables**

FECHA DE SERVICIO	PROVEEDOR	NOMBRE DEL MEDICAMENTO O TIPO DE SERVICIO	CANTIDAD DE SERVICIO
/ /			\$.
/ /			\$.
/ /			\$.
/ /			\$.
/ /			\$.
/ /			\$.
TOTAL DE GASTOS DE ATENCIÓN MÉDICA			\$.



##12T00848#####

PASO 2: Favor de mandar por fax a 877-767-8804 para el tiempo de tramitación más rápido, complete, firme y mande por fax su formulario de reembolso y toda la documentación necesaria. Una página de cubierta no es requerida. Si usted prefiere mandar el formulario y los recibos por correo, favor de mandarlos a PlanSource, P.O. Box 160940, Altamonte Springs, FL 32714. Por favor guarde todos los recibos de documentación original según las obligaciones del IRS.