

FLEXACCOUNT

Solicitud de Reembolso

NOMBRE DE EMPLEADOR

(PORFAVOR IMPRIMA)

REQUIRED LA SOLICITUD DE REEMBOLSO NO SERÁ PROCESADA SIN SU FIRMA

Yo certifico que los gastos por los que estoy solicitando reembolso solo son gastos incurridos durante el Año del Plan para individuos elegibles. Los gastos enlistados no me han sido reembolsados por ninguna otra fuente, ni serán reembolsados por alguna otra. Certifico que estos gastos no serán solicitados como deducción de impuestos. Los documentos adjuntos apoyan los gastos para cuales estoy solicitando reembolso. Yo entiendo que "incurrido" quiere decir la fecha en la cual el servicio fue realizado.

Firma del Participante

Fecha

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO TODAS LAS SECCIONES DEBEN SER LLENADAS

Numero de Seguro Social

Apellido Nombre Inicial

Domicilio Señale aquí si este es domicilio nuevo

Ciudad Estado Código Postal Teléfono de Casa

FlexAccount SOLICITUDES POR GASTOS DE SU BOLSILLO

1	Nombre del Paciente	<input type="checkbox"/> Uno Mismo	<input type="checkbox"/> Conyugue	<input type="checkbox"/> Hijo	Fecha de Servicio (Mes/Día/Año)
	<input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Sobre el Mostrador <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Copago <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Chiro <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otro:				
	Proveedor	Gasto de su Bolsillo			
2	Nombre del Paciente	<input type="checkbox"/> Uno Mismo	<input type="checkbox"/> Conyugue	<input type="checkbox"/> Hijo	Fecha de Servicio (Mes/Día/Año)
	<input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Sobre el Mostrador <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Copago <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Chiro <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otro:				
	Proveedor	Gasto de su Bolsillo			
3	Nombre del Paciente	<input type="checkbox"/> Uno Mismo	<input type="checkbox"/> Conyugue	<input type="checkbox"/> Hijo	Fecha de Servicio (Mes/Día/Año)
	<input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Sobre el Mostrador <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Copago <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Chiro <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otro:				
	Proveedor	Gasto de su Bolsillo			
4	Nombre del Paciente	<input type="checkbox"/> Uno Mismo	<input type="checkbox"/> Conyugue	<input type="checkbox"/> Hijo	Fecha de Servicio (Mes/Día/Año)
	<input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Sobre el Mostrador <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Copago <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Chiro <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> Otro:				
	Proveedor	Gasto de su Bolsillo			

Adjunte los documentos necesarios como prueba de pago a los gastos por los cuales solicita reembolso arriba. Documentación aceptable generalmente incluye un recibo del proveedor detallando fecha de servicio, descripción y cantidad pagada por el Participante. Los recibos de la tarjeta de crédito o facturas no son documentos aceptables como prueba de pago.

TOTAL EN ESTA SOLICITUD