

PAGO A MI PROVEEDOR

Forma de Petición

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

(FAVOR DE IMPRIMIR)

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	
Apellido	Nombre	Inicial
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de Casa	Correo Electrónico	

REQUERIDO - DEBE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES. FALTA DE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR RESULTARA EN QUE LA SOLICITUD SEA NEGADA.

INFORMACIÓN DE PROVEEDOR

Numero de Tax ID (TIN)		
Nombre del Proveedor		
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código Postal
Numero de Telefono		

INFORMACIÓN DE TRANSACCIÓN

Nombre del Paciente	Fecha del Servicio (MM/DD/AA)
Tipo de Servicio: <input type="checkbox"/> Visita de Oficina <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Orto <input type="checkbox"/> Co-pago <input type="checkbox"/> Quiropráctico <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Lab <input type="checkbox"/> Rayos-X <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Descripción breve del Servicio: _____	
Debe adjuntar prueba adecuada del servicio por la cantidad solicitada. Documentación aceptable generalmente incluye un estado de cuenta o factura del proveedor: fecha de servicio, la descripción del servicio y la cantidad debida. Las declaraciones de saldo traspasado no son aceptadas. Falta de presentar la documentación adecuada tendrá como resultado de denegación de petición de pago.	Cantidad Total \$

CERTIFICACIÓN (SOLICITUD NO PUEDE SER PROCESADA SIN SU FIRMA)

Yo certifico que el gasto enumerado anteriormente cumple los requisitos para un reembolso y han sido efectuados por mí o por los miembros elegibles de mi familia. Estos gastos no han sido reembolsados por cualquier otro plan(s). También certifico que si el gasto declarado no es elegible, yo enviare el pago de la cantidad de los gastos no elegibles al plan. Además, estos gastos no están siendo reclamados como deducciones de impuestos bajo el código del IRS. Facturas, declaraciones o pruebas de los gastos están adjuntas:

Firma del Participante

Fecha