



FORMULARIO DE REEMBOLSO PARA FSA

NÚMERO DE PÁGINAS ENVIADAS POR FAX:

NÚMERO DE TELÉFONO PARA FORMULAR PREGUNTAS:

A COMPLETAR POR EL EMPLEADO:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

NOMBRE DEL EMPLEADO (primer nombre, segundo nombre, apellido)

DIRECCIÓN POSTAL DEL EMPLEADO

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

Según mi leal saber y entender, mis afirmaciones en la solicitud de reembolso son completas y verdaderas. Estoy reclamando el reembolso solamente para gastos elegibles incurridos durante el año del plan de la solicitud para mi y/o mis dependientes legales. Certifico que estos gastos no se han reembolsados con anterioridad, ni serán reembolsados en virtud de ningún otro plan de beneficios y no se reclamarán como una deducción del impuesto sobre la renta. Si existe una discrepancia entre el importe total de gastos que se detallan a continuación y el importe total de los recibos adjuntos, se me reembolsará la cantidad total de los gastos elegibles detallados en los recibos adjuntos.

FIRMA DEL EMPLEADO PARA VERIFICACIÓN
(Necesaria para la presentación del procesamiento)

FECHA (DD/MM/AAAA)

PASO 1: Complete esta sección del formulario de reembolso para los gastos elegibles incurridos durante el año del plan con FSA mientras era un participante. Su compañía de seguros debe procesar los gastos de atención médica primero. La compañía de seguros le proporcionará una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB). Un gasto se incurre cuando se presta el servicio, no cuando se le factura o usted paga por el servicio.

COMPLETE ESTA SECCIÓN SI PRESENTA RECIBOS:

*Este formulario puede utilizarse para todas las solicitudes de Reembolso para Cuenta de Gastos Flexibles (FSA, cuidado de dependientes [DC], transporte público y estacionamiento)

Recordatorios de reembolso	FECHA DEL SERVICIO	PROVEEDOR	NOMBRE DEL PACIENTE (FSA SOLAMENTE)	TIPO DE SERVICIO	MONTO
1. Debe completar los casilleros en esta sección para cada gasto a fin de que su reclamación se procese correctamente. 2. Sus recibos deben contener lo siguiente: Fecha del servicio, proveedor, tipo de servicio, monto del servicio y número del Seguro Social o NIF (número de identificación fiscal). 3. Los gastos deben totalizarse en cada página. 4. Se deberán adjuntar al formulario copias de los recibos de cada gasto reclamado.					\$
					\$
					\$
					\$
					\$

COMPLETE ESTA SECCIÓN SI NO PRESENTA RECIBOS (PARA EL CUIDADO DE DEPENDIENTES SOLAMENTE):

Recordatorios de reembolso 1. Debe completar los casilleros en esta sección para cada gasto a fin de que su reclamación se procese correctamente. 2. Este formulario de reembolso cumplimentado sirve como su recibo.	FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO DE DEPENDIENTES (necesaria si no se proporcionan recibos)			
	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS DE DEPENDIENTES:			
	FECHA DEL SERVICIO	N.º DEL SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN FISCAL		\$
	TOTAL DE GASTOS DE CUIDADO DE DEPENDIENTES:			\$

PASO 2: Devuelva este formulario de reembolso cumplimentado y la documentación apropiada. Guarde los recibos originales para sus registros conforme a lo solicitado por el IRS.

Completar y enviar por correo** a : The Difference Card, 245 Main Street, Suite 605, White Plains, NY 10601
O por fax a : (602) 333-4252

** Si envía los reclamos por correo, no abra ni pegue con cinta los recibos o la EOB a este formulario.