

### Plan de Reembolso FSA Formulario de Reclamación

#### Información del empleado

Nombre: \_\_\_\_\_ Últimos cuatro dígitos de su número SS#: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Compañía: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Marque la casilla si la dirección es nueva

### Reembolso de Cuidado de Dependientes

Nombre de Dependiente	El Periodo de Servicio		Nombre, Dirección, Contribuyente número de identificación del proveedor del servicio	La cantidad de servicio
	De	Hasta		
<b>Monto total de atención a dependientes que se solicita:</b>				<b>\$</b>

Yo siempre que el cuidado de dependientes, como se ha dicho. \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor      Fecha      SSN o Tax ID

### Flexibles Beneficios Médicos

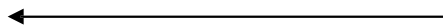
Nombre del paciente	Tipo de Servicios Por favor marque una casilla a continuación para cada tipo de gasto MD = médico, Rx = prescripción, DN = Dental, VS = Visión OTC = Over-the-Counter Suministros OTCD = Over-the-Counter Drogas (Debe incluir Rx junto con el recibo)	Fecha (s) de Servicio dd / mm / aaaa		Salud Kilometraje * \$ 0.18 por milla **	Cantidad de Cargos
		De:	Hasta:		
	MD <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> DN <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> OTCS <input type="checkbox"/> OTCD <input type="checkbox"/>	De:	Hasta:		
	MD <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> DN <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> OTCS <input type="checkbox"/> OTCD <input type="checkbox"/>	De:	Hasta:		
	MD <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> DN <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> OTCS <input type="checkbox"/> OTCD <input type="checkbox"/>	De:	Hasta:		
	MD <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> DN <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> OTCS <input type="checkbox"/> OTCD <input type="checkbox"/>	De:	Hasta:		
	MD <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> DN <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> OTCS <input type="checkbox"/> OTCD <input type="checkbox"/>	De:	Hasta:		
	MD <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> DN <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> OTCS <input type="checkbox"/> OTCD <input type="checkbox"/>	De:	Hasta:		
	MD <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> DN <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> OTCS <input type="checkbox"/> OTCD <input type="checkbox"/>	De:	Hasta:		
<b>NOTA: a partir 01/01/2012 TODO RECLAMO medicamento OTC requiere una copia de la receta para ser adjuntada.</b>				<b>Monto Total médico solicitado :</b>	

### Por favor organizar la documentación en el orden indicado anteriormente

El participante que suscribe en el Plan certifica que todos los gastos de los que se solicita el reembolso o el pago se haya incurrido durante el período en curso bajo el Plan de cafetería de la empresa. El abajo firmante entiende perfectamente que él o ella es el único plenamente responsable de la suficiencia, la precisión y veracidad de toda la información relativa a esta demanda y un gasto a menos que se solicita el pago o reembolso es un gasto adecuado en el marco del Plan, el que suscribe puede ser responsable por el pago de todos los impuestos relacionados, incluyendo federales, estatales o impuestos locales de ingresos sobre los montos pagados a partir del Plan que se refieren a tales gastos.

Firma del empleado (debe ser firmado para el procesamiento propiamente dicho) \_\_\_\_\_ Fecha

BeneFLEX HR Resources Inc.  
10805 Sunset Office Drive, Suite 401  
St. Louis, MO 63127  
314.909.6983 (fax)



Fax o correo (tanto no son necesarios)  
Junto con apoyar  
documentación  
o por e-mail: info@beneflexhr.com

Tenga en cuenta: Por favor no envíe una solicitud de reembolso si usted utiliza su tarjeta de Benny. Plazo de presentación de reclamaciones es martes a las 3:00 pm CST PST 1:00 pm. Cuestiones BeneFLEX comprueba el jueves.  
\* Kilometraje hacia y desde el proveedor a su casa. \*\* Si la tasa ha cambiado, la cantidad se ajustará en el procesamiento.

## **POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE ENVIAR SU FORMULARIO DE RECLAMACIÓN**

DIRECTRICES PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES: EL CÓDIGO DE RENTAS INTERNAS OFRECE LA SIGUIENTE ORIENTACIÓN:

**Reembolso Médico • La mejor recepción es una explicación de los beneficios de su compañía de seguros. • Si se presentan otros ingresos, deberán presentar la siguiente información:**

1. Quién presta el servicio? (nombre y dirección)
2. Qué tipo de servicio fue prestado?
3. Fecha en que se proporciona el servicio, no una factura o fecha de vencimiento
4. Cantidad de carga
5. Cualquier pago del seguro, en su caso
6. Los cheques cancelados y recibos de tarjetas de crédito no son permisibles recibos

**NOTA: Con el fin de procesar su reclamo en los 5 elementos de información debe estar en cada recibo.**

**(Esto incluye los recibos de los servicios de ortodoncia)**

- Cualquier cantidad reclamada, que es un "Saldo Anterior", "saldo anterior", etc no se puede pagar menos que la información se indica en los artículos 5.1 anterior se muestra en el recibo.
- Los recibos deben mostrar todos los gastos incurridos. Cualquier exceso de pago, prepago, etc, para los que no se enumeran los servicios, no pueden ser reembolsados.
- Drogas con receta médica y todos los otros artículos de venta libre
  1. Cuándo y que vendió el producto? (fecha, nombre y dirección)
  2. Tipo de venta libre se compró? \* Debe mostrar el nombre de producto o marca
  3. Cantidad de carga
  4. NOTA: a partir 01/01/2012 TODO RECLAMO medicamento OTC requiere una copia de la receta para ESTAR CONECTADO
- Si el recibo no aparece el nombre del producto que se puede escribir el nombre del producto en el recibo. Usted debe tener el cajero comprobar mediante la firma de su nombre. Los cheques cancelados y recibos de tarjetas de crédito no son los ingresos permitidos.

**Los productos elegibles sujeto a cambios**

Vea la lista actual en [www.beneflexhr.com](http://www.beneflexhr.com)

### **Reembolso de millaje**

- Kilometraje incurrido hacia y desde su casa u oficina para recibir la atención médica es reembolsable a través de la FSA, a razón de 0.18 dólares por milla. Si la tasa ha cambiado, la cantidad se ajustará en el procesamiento. Kilometraje reclamo debe incluir un fundamento (es decir, proveedor de la factura, recibo, etc.)

### **Reembolso por Cuidado de Dependiente**

- Las pruebas cancelados son aceptables. Si incluye una copia del frente y parte posterior, las fechas de servicio y el número del establecimiento ya sea de identificación federal o el número de seguro social del individuo que proporciona servicios.
- Todos los recibos deben mostrar la siguiente información:
  1. Quién presta el servicio (nombre y dirección)?
  2. Qué tipo de servicio fue prestado?
  3. Fecha de servicio original, no una fecha de facturación.
  4. Cantidad de carga.
  5. Número de identificación federal (centro) o número de seguro social (individual).

### **Para su referencia**

- Para asegurarse de que se reembolsen, todas las reclamaciones deben ser recibidas por BeneFLEX Recursos Humanos, Inc., a más tardar 3:00 pm (centro) 1:00 pm (pacífico) martes para el procesamiento de la semana.
- Los números de teléfono BeneFLEX - (314) 909-6979 y (800) 631 a 3.539 el número de fax (314) 909-6983.
- Si usted termina el empleo, los gastos incurridos después de la fecha de terminación no son elegibles para el reembolso. Gastos médicos todavía puede ser reclamado si continúa su participación bajo COBRA.
- Si su reclamación por fax, guarde una copia de la declaración de confirmación en caso de BeneFLEX no recibe sus documentos.
- Por favor, detalla los gastos en su formulario de reclamación.
- Usted puede ponerse en contacto con BeneFLEX Recursos Humanos, Inc. por e-mail a [info@beneflexhr.com](mailto:info@beneflexhr.com) o visite nuestra página web para al día la información, tales como preguntas frecuentes, formularios para descargar, preguntas por correo electrónico a nuestros miembros del equipo, artículos sobre los cambios en la normativa del Plan Cafetería. Nuestra dirección web es [www.beneflexhr.com](http://www.beneflexhr.com).

### **BeneFLEX HR Resources, Inc**

10805 Sunset Office Drive, Suite 401, | St. Louis, MO 63127

Phone: 314.909.6979 | Toll Free: 800.631.3539 | Fax: 314.909.6983

Email: [info@beneflexhr.com](mailto:info@beneflexhr.com) | Website: [www.beneflexhr.com](http://www.beneflexhr.com)