Formulario de solicitud de reembolso para el acuerdo de reembolso de salud

Discovery Benefits
simplify.™

La información faltante puede retrasar el procesamiento de su reembolso. Envíe por fax este formulario junto con la documentación a: 701-451-3245 O envíe por correo el formulario y la documentación a Discovery Benefits, Claims Processing, PO Box 2926, Fargo, ND 58108-2926.

1. Información del participante

Número de Seguro Social

Identificación del empleado

Nombre

Empleador

¿Pide un reembolso para?

Marque aquí si tiene una NUEVA DIRECCIÓN y llene lo de abajo.

☐ Año actual del plan ☐ Año anterior del plan

Dirección

Ciudad

Correo electrónico (si lo proporciona, todas las notificaciones se enviarán a través del correo electrónico).

Estado CÓDIGO POSTAL

2. Pautas de reembolso

1. El gasto de la solicitud de reembolso debe ser un gasto elegible del IRS e incurrirse durante el año del plan flexible.
2. La solicitud de reembolso no debe de haber sido reembolsado antes, ni debe usted buscar un reembolso de un seguro u otra fuente.
3. Agregue una copia de la Explicación de Prestaciones de su aseguradora (indicando la fecha de servicio), o copias de recibos/facturas si no hay cobertura de seguro para documentar las cantidades.
4. La información que se proporciona debe incluir lo siguiente:
   - Nombre del Proveedor
   - Tipo de servicio/suministro
   - # de RX y nombre del medicamento
   - Fecha de servicio/compra
   - Cantidad de servicio/suministro en dólares
5. Generalmente, las peticiones de reembolso no se considerarán después de 90 días desde el final del año del plan flexible de su compañía. Para consejos específicos, favor de ponerse en contacto con su Patrón.

3. Firma del participante en el plan

Por el presente documento certifico que las peticiones de reembolso que estoy presentando son gastos elegibles para el IRS y que no me han rembolsado previamente por estos gastos, ni estoy buscando reembolso por estos gastos de seguro o de cualquier otra fuente. También entiendo que Discovery Benefits, sus agentes o empleados, no se considerarán responsables si presento gastos elegibles no del IRS para el reembolso. **(La petición no se puede aceptar sin la firma del participante)**

Firma Del Empleado

Fecha

4. Arreglo de reembolso de salud

Proveedor de producto / servicio

Persona que recibe el producto o el servicio

Total de petición en $

Agregue copias de declaración(es) de la Explicación de Prestaciones (EOB) o recibos del proveedor si no hay seguro. Las copias deben incluir la(s) fecha(s) de servicio. Favor de no enviar los documentos originales de sus EOBs o sus declaraciones de seguro. Guarde los originales en sus archivos.

Nota: Los reembolsos de menos de $25.00 se envían por correo al final de cada mes.

Favor de llenar lo siguiente:	Sí	No
¿Tiene seguro médico?	☐	☐
¿Tiene seguro odontológico?	☐	☐
¿Tiene seguro de visión?	☐	☐
¿Tiene una FSA médica?	☐	☐
¿Tiene una cuenta de ahorros de salud?	☐	☐
¿Se presentaron todos los gastos a la aseguradora?	☐	☐
¿Esta es su responsabilidad financiera final?	☐	☐

Para uso exclusivo de la oficina: Plan año 1 _____ Plan año 2 _____