



Discovery Benefits simplify.™

1. Información del participante

La información que falte puede retrasar el procesamiento de su reembolso.

Número de Seguro Social

Nombre

Empleador

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

Dirección

Ciudad

Estado Código Postal

Identificación del empleado

Cuenta de gastos médicos Cuenta de atención a dependientes

¿Pide un reembolso para?

Año actual del plan Año anterior del plan

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

2. Pautas de reembolso

- El gasto de la solicitud de reembolso debe ser un gasto elegible del IRS e incurrirse durante el año del plan flexible.
- La solicitud de reembolso no debe de haberse reembolsado antes, ni debe estar buscando un reembolso de un seguro u otra fuente.
- 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.
- La información que se proporciona debe incluir lo siguiente:
 - Nombre del proveedor
 - Tipo de servicio / suministro
 - # de RX y nombre del medicamento
 - Fecha del servicio / compra
 - Cantidad de servicio / suministro en dólares
 - Firma del proveedor de atención diurna
 - # de identificación tributaria del proveedor de atención diurna
- Por lo general, las solicitudes de reembolso no se considerarán después de 90 días desde del final del año del plan flexible de su compañía. Para consejos específicos, favor de ponerse en contacto con su empleador.

3. Firma del participante en el plan

Por el presente documento certifico que las solicitudes de reembolso que estoy presentando son gastos elegibles para el IRS y que **no me han reembolsado previamente 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 solicitud no se puede aceptar sin la firma del participante)**

Firma del empleado Fecha

4. Cuenta de gastos médicos

Proveedor de producto / servicio

Persona que recibe el producto o el servicio

Total de solicitud \$

Marque uno: Fondos del empleado Fondos del empleador

Agregue copias de declaración(es) de 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 EOB o sus declaraciones de seguro. Guarde los originales en sus archivos. Nota: Reembolsos de menos de \$25.00 se envían por correo al final de cada mes. También se puede requerir una nota de un médico practicante si el gasto se considera de "doble propósito". Los artículos de doble propósito son aquellos que tienen tanto un propósito médico como un propósito personal/cosmético o de salud.

5. Cuenta de gastos de atención a dependientes

Total de la solicitud \$ <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>	Total de la solicitud \$ <input type="text"/>	Fecha <input type="text"/>
Atención diurna proporcionada por <input type="text"/>	Para: <input type="text"/>	Atención diurna proporcionada por <input type="text"/>	Para: <input type="text"/>
Nombre del proveedor <input type="text"/>		Nombre del proveedor <input type="text"/>	
Dirección del proveedor <input type="text"/>		Dirección del proveedor <input type="text"/>	
Identificación / # de SS del proveedor <input type="text"/>		Identificación / # de SS del proveedor <input type="text"/>	
Firma del proveedor <input type="text"/>		Firma del proveedor <input type="text"/>	