

Paso 1: Información de reclamo

Fecha de hoy: ____/____/____

Número de páginas: _____

Comienzo del año del plan por: 20____

Reclamo nuevo

Reenvió de la reclamación

Respuesta al reclamo de negación

Paso 2: Información del participante

*=Áreas requeridas

*Nombre del empleador (No abrevie)

*Nombre de Participante (Primer nombre, inicial medio, apellido)

*Dirección del participante Marca aquí si hay un cambio de dirección

*Ciudad

Departamento

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

*Número de seguro social

Correo electrónico

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

*Estado

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

*Código Postal

Paso 3: Solicitud de reembolso

- Cuenta de reembolso medical (FSA)
 Cuenta de reembolso de cuidado de dependientes
 Cuenta de reembolso de prima individual

- Cuenta de reembolso de asistencia adopción
 105(h) Cuenta de reembolso de salud (HRA)

*Nombre de empleado, cónyuge o dependiente

*Cantidad requerida

*Fecha de servicio

*Tipo de servicio

*Nombre de empleado, cónyuge o dependiente	*Cantidad requerida	*Fecha de servicio	*Tipo de servicio

Cantidad total requerida: \$ _____

Favor de notar que los siguientes requisitos para la presentación de reclamaciones:

- Favor de numerar cada recibo con su orden de aparición en este formulario.
- Las Pautas de IRS NO consideran cheques cancelados como documentación válida.
- Los saldos anteriores NO son aceptables.
- Todos los reembolsos se harán a nombre del empleado.

Reembolso mínimo para reclamaciones manuales: \$25

****Regístrese para Depósito directo HOY****

Paso 4: Autorización

A mi leal conocimiento, mis declaraciones en este comprobante de reembolso son completas y verdaderas. Estoy reclamando un reembolso sólo por los gastos elegibles incurridos durante el año del plan aplicable y para los participantes elegibles del plan. Certifico que estos gastos no se han reembolsado previamente en este o en cualquier otro plan de beneficios y NO SE RECLAMARÁ COMO UNA DEDUCCIÓN DEL IMPUESTO A LOS INGRESOS. Autorizo que mi cuenta se reduzca en la cantidad solicitada.

FIRMA DE PARTICIPANTE _____

FECHA _____

Envíe por fax este formulario completado a Pro-Flex Administrators, LLC: 716-929-2013 o al número gratuito 1-855-214-8987
o envíe un correo electrónico a: Pro-Flex Administrators, LLC, 8321 Main Street, Williamsville, NY 14221
Visite nuestro sitio web para acceder a la información de la cuenta en www.proflextpa.com