PLAN FLEXIBLE DE BENEFICIOS – SOLICITUD DE REEMBOLSO

Nombre_____ SSN_____

Patrón_____ Teléfono de día_____

SI USTED NO COMPLETA EN SU TOTALIDAD ESTA FORMA PUEDE DILATAR SU PAGO

MISCELANEO DE SU CUENTA DE SALUD

1. Por favor consulte su folleto de información sobre el Plan Flexible de Beneficios para el empleado or comuníquese con su Proveedor de Servicios de este plan para asegurarse que su gasto es elegible para reembolso. .
2. Adjunte una copia de Explicación de Beneficios (EOB's) para deducibles or requerimientos de reembolso de otro seguro.
3. Adjunte una lista de todos los recibos de gastos que no estén cubiertos por un seguro médico/dental. Esta lista de recibos **debe incluir la fecha de servicio, nombre de la persona que hizo ese servicio, todos los servicios proveídos y la cantidad de gastos.**
4. **Estados de Cuenta Bancarios, Cheques Cancelados y Recibos de Tarjetas de Crédito no son aceptables.**
5. Hay un cargo mínimo de $25.00 en reembolsos, a menos que el saldo de su cuenta sea menos de $25.00.
6. Si usted necesita espacio adicional para detallar sus gastors, por favor use el reverso de esta hoja de papel. Asegúrese que todas las preguntas sean contestadas.

Proveedor / Vendedor	Fecha(s) de Servicio	**Cobertura de Seguro**	Cantidad Requerida
		☐ **SI** ☐ **NO**	
		☐ **SI** ☐ **NO**	
		☐ **SI** ☐ **NO**	
		☐ **SI** ☐ **NO**	
		TOTAL	**$0.00**

CUENTA DE CUIDADO DE DEPENDIENTE

1. Por favor consulte su folleto para el empleado del Plan Flexible de Beneficios, para estar seguro que sus gastos son elegibles para reembolsa.
2. Prueba de gastos **debe incluir: fechas de servicio, nombre del proveedor, cantidad de gastor y el Número de Identificación de Tax del proveedor (T.I.N.) or su número de Seguro Social**. Si no tiene recibo, complete la forma y pida al proveedor que la firme en el lugar indicado.
3. **Estados de Cuenta de Saldos de Cuentas Bancarias, Cheques Cancelados y recibos de Tarjetas de Crédito no son aceptables.**.

_____ to _____ _____ _____

Fecha de Servicio | Nombre del Proveedor | Cantidad

_____ _____

Número de Seguro Social o TIN | **Firma del Proveedor (si no hay recibo)**

_____ to _____ _____ _____

Fecha de Servicio | Nombre del Proveedor | Cantidad

_____ _____

Número de Seguro Social o TIN | **Firma del Proveedor (si no hay recibo)**

POR FAVOR LEA Y FIRME ABAJO

Yo certifico que los gastos anotados arriba califican para reembolso bajo los términos del Plan Flexible de Beneficios. Yo especifícamente declaro que los gastos detallados han sido incurridos para mi beneficio y para mis dependientes elegibles. He adjuntado a esta forma prueba aceptable de mis gastos. Certifico que lo anotado arriba es correcto y completo y que todos los gastos reembolsados a mí bajo este programa no serán deducidos en mi tax return personal or en el de mi esposa or ser reembolsado a mí or a mis dependientes por ningún otro medio.

_____ _____

Signatura | Fecha

ADJUNTE PRUEBA DE GASTOS Y ENVIE LA FORMA COMPLETA A:

PENSION DYNAMICS CORPORATION
ATTN: Flexible Benefits Department

2300 Contra Costa Blvd., Suite 400 * Pleasant Hill, CA 94523 * Phone (925) 956-0505 * Fax (925) 956-0534
Website: www.pensiondynamics.com * e-mail: flex@pensiondynamics.com