

**Solicitud de Reembolso de su FSA (Cuenta de Gasto Flexible) o HRA**



PO Box 2797 ♦ Portland, OR 97208-2797  
 Teléfono (541) 485-7488 ♦ (800) 422-7038  
 FAX (866) 446-6090  
 www.manleyplan.com

**INFORMACIÓN DEL EMPLEADO**

Empleador \_\_\_\_\_ 11-dígito Manley numero de ID \_\_\_\_\_

Apellido(s) del empleado \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección postal del empleado (calle) \_\_\_\_\_ (Nº de apto.) \_\_\_\_\_ (Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (C.P.) \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Marque si la dirección escrita arriba es nueva

*Si su plan permite un período de gracia y sus gastos elegibles tuvieron lugar dentro de dicho período, tiene dos opciones.*

Procesar desde el año del plan actual  Procesar desde el año del plan anterior (será la opción predeterminada si no se marca ninguna casilla)

**SOLICITUD DE REEMBOLSO**

Conforme a las pautas del IRS, adjunte la documentación correspondiente (tal como se explica más adelante en este formulario). Puede usarse un formulario para múltiples gastos. No envíe documentos originales.

**HRE** = Unreimbursed Health-Related Expense (Gasto Médico no Reembolsado), por ej., deducibles, copagos, recetas, gastos dentales, de visión, etc. **OHP** = Other Health-Related Premium (Otras Primas Médicas), por ej., primas de seguros por pólizas individuales médicas, dentales, de visión, contra el cáncer, etc.

Tipo de gasto (marque uno)

HRE	OHP	Monto	Fecha del servicio	Descripción breve
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____	_____

Gastos por Atención a Dependientes	Monto	Período de servicio	Firma del proveedor*
(guardería y/o preescolar hasta los 13 años de edad, cuidados diurnos para adultos)	\$ _____	_____	_____
	\$ _____	_____	_____
<b>Reembolso total solicitado</b>	<b>\$ _____</b>		

\*La firma del proveedor es necesaria sólo si no estuviera disponible documentación suficiente (vea más adelante para obtener más información).

**AUTORIZACIÓN**

Mis declaraciones en la presente Solicitud de Reembolso son completas y ciertas, a mi leal saber y entender. Sólo reclamo el reembolso de los gastos elegibles en los que incurrieron los participantes elegibles del plan durante el Año del Plan correspondiente. Declaro que estos gastos no han sido ni se espera que sean reembolsados bajo el presente plan de beneficios ni bajo ningún otro plan, y que no serán declarados para ser deducidos de los impuestos sobre la renta. He leído y entendido la información proporcionada al dorso del presente formulario. Autorizo a descontar el monto anteriormente solicitado de mi cuenta de gasto flexible o de mi acuerdo de reembolso de gastos médicos.

Firma del empleado (obligatoria) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Total de páginas enviadas por fax:**

## INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE REEMBOLSO

Complete toda la información al dorso de este formulario, y siga las instrucciones que aparecen a continuación. **Puede usarse un formulario para múltiples gastos.** Puede enviarnos su solicitud por correo o por fax. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario, llámenos por el (541) 485-7488 o el (800) 422-7038 y con gusto lo atenderemos.

### GASTOS MÉDICOS NO REEMBOLSADOS

1. Luego de completar el formulario de Solicitud de Reembolso, adjunte una copia de la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB por sus siglas en inglés) del seguro, las facturas o los estados de cuenta de los servicios que recibió. La documentación presentada debe incluir:
  - a. La(s) fecha(s) de servicio
  - b. Una descripción de los cargos
  - c. El monto que usted debe pagar (los cargos menos el seguro y los descuentos).Los costos financieros y los intereses no califican. Las compras de medicamentos recetados deben incluir los nombres de los medicamentos.
2. Si un servicio fue parcialmente cubierto por el seguro, envíe una copia de la EOB (Explicación de Beneficios) recibida de la compañía aseguradora. Incluya *solamente* el monto que realmente pagará por un servicio. Manley Services no podrá reembolsarle montos que fueron pagados por el seguro.
3. Se exige verificación por parte de terceros; por lo tanto, los cheques cancelados y/o las copias de cheques no podrán usarse como documentación.
4. Conserve los originales de las facturas y formularios presentados para sus registros personales de impuestos. Archivamos los documentos en formato electrónico y destruimos los originales después de procesarlos; por lo tanto, los originales no le serán devueltos. Los formularios de Solicitud de Reembolso incompletos, o aquellos recibidos sin la documentación adecuada adjunta, no podrán ser procesados; si esto sucede, recibirá una carta de explicación.
5. En determinadas instancias, puede que sean necesarias declaraciones de su profesional médico a fin de verificar la necesidad médica del procedimiento o la receta. Llámenos si tiene preguntas.

### OTRAS PRIMAS MÉDICAS

1. Luego de completar el formulario de Solicitud de Reembolso, adjunte una copia de la factura que muestre el nombre de la aseguradora, el período de cobertura y el monto que usted debe pagar. Es preciso incluir una descripción del tipo de cobertura (dental, de salud y/o de visión) bajo "descripción breve".
2. Se exige verificación por parte de terceros; por lo tanto, los cheques cancelados y/o las copias de cheques no podrán usarse como documentación.
3. Conserve los originales de las facturas y formularios presentados para sus registros personales de impuestos. Para obtener más información, consulte el N° 4.

### GASTOS POR ATENCIÓN A DEPENDIENTES

1. Luego de completar el Formulario de Solicitud de Reembolso, adjunte una copia de la factura que muestre el nombre del proveedor, el período de servicio y el monto que usted debe pagar. Podrán presentarse los gastos por cuidados infantiles de niños de hasta 13 años de edad.
2. Se exige verificación por parte de terceros; por lo tanto, los cheques cancelados y/o las copias de cheques no podrán usarse como documentación. Si su proveedor de cuidados infantiles no le proporciona documentación, usted podrá proporcionar la información al frente de nuestro Formulario de solicitud. Si su proveedor de cuidados infantiles no le proporciona un formulario de documentación, el proveedor deberá firmar al frente del Formulario de solicitud donde se indica, cada vez que usted presente un reclamo (no se aceptan firmas fotocopiadas).
3. Conserve los originales de las facturas y formularios presentados para sus registros personales de impuestos. Para obtener más información, consulte el N° 4.