HAGA POR FAVOR COPIAS DE ESTA FORMA PARA FUTUROS RECLAMOS

the mgis companies®

HRA
La FORMA de la PETICION del REEMBOLSO

Para HRA [Arreglo de Reembolso de asistencia sanitaria] Calificando los Gastos de Médico

LA NOTA: Esta forma debe ser completada para recibir reembolso para gastos médicos incurridos para sus Cuentas de HRA. Estos servicios deben haber sido contraídos durante el Plan actual Año. Una copia detallada de la cuenta detallada de proveedor o su compañía de seguros "Explicación de Beneficios" verificando la fecha y el costo de servicio deben ser conectados a esta forma. Su reclamo no será procesado hasta que estos artículos sean recibidos por MGIS. Los recibos de la tarjeta de crédito o cheques pagados no pueden ser aceptados.

LA FORMA COMPLETADA Y TODA LA DOCUMENTACION A: **MEDICAL GROUP INSURANCE SERVICES, INC.**
LOS RECLAMOS MANDAN UN FAX:866.969.4446

COMPLETE POR FAVOR FORMA ENTERA. La IMPRESION O ESCRIBE A MAQUINA (HOJAS de ADICIONAL de USO SI NECESARIO)

NOMBRE DE EMPLEADOR	**PLANEE AÑO:**
NOMBRE DEL EMPLEADO: _____ ULTIMO PRIMERO M	**NUMERO DEL SEGURO SOCIAL:** _____-_____-_____
DOMICILIO PARTICULAR DEL EMPLEADO: _____ NUMERE Y la CREMALLERA de ESTADO _____ CIUDAD _____ CALLE _____ Código postal ❑ VERIFIQUE AQUI SI ESTO ES UN CAMBIO EN la DIRECCION	
TELEFONO del DIA del EMPLEADO: ( )	**CORREO ELECTRONICO de EMPLEADO:**
INDIQUE CUALES ALCANCES QUE USTED TIENE: ❑ MEDICA ❑ DENTAL ❑ VISION (VERIFICA TODO QUE APLICA)	**ES UN CONYUGE Y/O el DEPENDIENTE INCLUYO BAJO ESTE ALCANCE?:** (VERIFIQUE UNO) ❑ SI ❑ NO

Los GASTOS UNREIMBURSED MEDICOS

(CALIFICANDO el GASTO de MEDICO PARA USTED O PARA CUALQUIER DEPENDIENTE de IMPUESTO)

Ve a IRC Sección 105 para calificar los gastos de la asistencia sanitaria o consulta a su consejero de impuesto para más información.

FECHO el GASTO CONTRAJO (MM/DD/YY)	ATIENDA A PROVIDOR (dispensario, la farmacia, el médico, la tienda, etc.)	LA DESCRIPCION DE EL GASTO	RELACION AI PARTICIPANTE	CANTIDAD PAGO (EL GASTO TOTAL)	CANTIDAD PAGADA POR SEGURO (SI CUALQUIERA)	CANTIDAD PAGADA POR USTED
					EI UNREIMBURSED TOTAL RECLAMOS MEDICOS	$

Según mi leal saber y entender y la creencia, mis declaraciones en esta Petición para el Reembolso son completas y verdaderas. Comprendo que soy únicamente responsable de la validez de reclamos sometidos a mi Cuenta del Arreglo del Reembolso de la asistencia sanitaria. Reclamo reembolso sólo para gastos elegibles contraído por yo mismo, mi cónyuge y/o cubierto a dependientes, y certifico que estos gastos no han sido reembolsados bajo este Plan ni por cualquier otra fuente y que ellos no serán reembolsados por cualquier otra fuente ni el seguro. Yo por la presente autorizo mi Cuenta de HRA para ser reducida por las cantidades mostrados arriba.

FIRMA DE PARTICIPANTE X _____	LA FECHA _____

Si tiene ayuda de preguntas o necesidad, llame el número listó abajo o visita nuestro sitio web.