



Envíe reclamaciones a:
 Significa Benefit Services, Inc.
 P.O. Box 7777
 Lancaster, PA 17604-7777

CUENTA DE GASTOS FLEXIBLE
Reclamacion Formulario

(Administrado por: Significa Benefit Services, Inc.)

EL NOMBRE DEL ASEGURADO: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: ____ - ____ - ____

EMPLEADOR: _____ NÚMERO DE GRUPO: _____

RECLAMACIONES DE GASTOS DE SUS DEPENDIENTES

Nombre de Dependiente (s)	Período de Cobertura		Nombre, Dirección, y número de identificación del Proveedor de Servicio	Cantidad Incurrida
	De:	A:		
TOTAL DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DE DEPENDIENTES				

RECLAMACIÓN DE GASTO INREEMBOLSADA MÉDICO

Fecha de Gasto Incurrido	El nombre del Proveedor de Servicio	Tipo de Servicio (Doctor, Hospital, Farmacia, etc.)	Persona para Quien Gasto fue incurrido	Cantidad
CANTIDAD TOTAL DE GASTOS MEDICOS				

Que yo sepa, mis declaraciones en esta petición del reembolso son completas y verdaderas. Reclamo el reembolso sólo de gastos elegibles incurridos durante el año de plan aplicable y para participantes de plan elegibles. Certifico que estos gastos no han sido antes reembolsados bajo este o ningún otro plan de beneficios y no serán reclamados como una deducción de impuesto sobre ingresos. Autorizo mi Cuenta de Compensación Flexible para ser reducida en la cantidad solicitada.

Firma de Empleado: _____ Fecha: _____

******POR FAVOR VER REVÉS PARA INSTRUCCIONES DE ARCHIVO******

Para archivar una reclamación usted debe incluir lo siguiente:

- **La cuenta del doctor que muestra cualquier pago que fue hecho.**
- **Explicación de las ventajas del portador primario de seguros si aplicable**

La Hacienda Pública requiere la susodicha información. Cualquier reclamación que es presentada incorrectamente será retrasada para el pago hasta que la información requerida sea recibida por SBS.