



Antes de presentar una solicitud:

1. Fichero todos los gastos por cuidados de salud primero bajo su cuidado de salud, dental o de visión ANTES de solicitar el reembolso de su plan impulsado por los consumidores. Usted no se puede pagar tanto por el seguro y por su plan.
2. Asegúrese de que sabe cuando su plan del año comienza y termina (incluyendo períodos de gracia, si los hubiere) y la fecha límite para la presentación de reclamaciones. El los reembolsos que usted está solicitando caen dentro de los plazos elegibles.
3. Reúna la documentación de cada solicitud de reembolso. (Vea los requisitos de documentación a continuación.)
4. Determine si desea presentar la reclamación en línea, para un reembolso más rápido, y proporcionar su seguimiento de la documentación aquí.

Completar el formulario:

Parte 1 - Información sobre el participante

Sírvase proporcionar toda la información solicitada acerca de usted, incluyendo su número de Seguro Social o número de identificación del empleado. Su dirección de correo electrónico se utiliza para comunicarse mejor con usted sobre el estado de su reembolso y / o cualquier otro problema con su reclamo.

Parte 2 - Las solicitudes de reembolso

Tipo de Plan - Utilice la leyenda siempre y entrar en el código de tres dígitos de la cuenta desde la que usted está solicitando el reembolso.

Reclamación Entró en línea? - Si ya ha entrado en la reclamación en línea, marque esta casilla "Y", de lo contrario escriba "N".

Tarjeta de crédito? - Mark "Y" si usted está presentando la documentación requerida para un cargo en su Tarjeta de Beneficios DirectPay lo contrario, escriba "N".

Fecha (s) de servicio - Proporcionar a la fecha o un intervalo durante el cual el servicio fue prestado o producto fue comprado.

Tipo de Gasto - Indique la categoría general de los gastos, tales como médicos, atención dental, de día, etc.

Descripción del producto o servicio - Por favor, indique el nombre del proveedor o el comerciante y el servicio prestado. Si se trata de documentación para un over-the-counter (OTC) de compra, por favor proporcione el nombre del producto adquirido.

Miembro de la familia a recibir el servicio - Proporcionar su nombre o su impuesto a cargo para los cuales se presta el servicio / producto.

Monto solicitado - Introduzca el importe del reembolso de los gastos calificados

Total - Total de la suma de todas las solicitudes de reembolso y escríbalo aquí.

Parte 3 - Certificación del participante de Reembolso

Lea cuidadosamente. Al enviar el formulario, usted está certificando los estados aquí para ser verdad.

Requisitos de Documentación

Gastos de Cuidado de la Salud

Usted puede presentar los gastos admisibles cubiertos, pero no completamente pagados por cualquiera de los planes de seguro. Adjunte una copia de la explicación del plan de la Beneficios (EOB) como documentación para los gastos deducibles no cubiertos por los planes de seguros, como los co-pagos, deducibles y con derecho a over-the-counter artículos para el cuidado de la salud, adjuntar las facturas o recibos. Aceptable de atención de la salud de documentación de gastos debe contener:

- Fecha en que se recibió el servicio o compra realizada
- Descripción del servicio o producto comprado,
- Suma en dólares que es el fuera de su bolsillo la responsabilidad

Gastos por Cuidado de dependientes

El IRS requiere un recibo de terceros que incluya lo siguiente:

- Fecha o un intervalo de cuidado de dependientes se proporcionó
- Cantidad de dólares pagados
- Nombre del proveedor de cuidado diurno
- Si un recibo del proveedor no está disponible, los gastos de la lista de cuidado de dependientes en el formulario y haga que su proveedor de cuidado diurno firmarlo

Formas inaceptables de Documentación de

- Las declaraciones de un médico u otro proveedor que acaba de mostrar el importe pagado, saldo al siguiente o al anterior balance de
- Recibos de tarjetas de crédito muestran que el pago único y no de detalles del artículo (s) de compra y la fecha de compra
- Facturas de proveedor de servicios de cuidado de dependientes para las fechas que aún no han pasado. El IRS sólo permite el reembolso de servicios anteriores y no los pagos anticipados por servicios futuros



Documentación de los gastos - Solicitud de Reembolso de

Para obtener un reembolso más rápido, el archivo de su solicitud en línea. Ir a la www.workablesolutions.com / participantes para iniciar sesión.

No utilice este formulario para enviar la documentación de las compras realizadas con su tarjeta de Beneficios de DirectPay.

Presentar reclamaciones por:
Email: claims@workablesolutions.com
Fax: 1-866-234-3539
Mail: Workable Solutions
Consumer-Driven Plans
7120 Lake Ellenor Drive
Orlando, FL 32809

Cuestiones:
1) Atención al cliente 1-866-587-3539
2) Email: benefits@workablesolutions.com
3) Online: www.workablesolutions.com
Haga clic en la ficha los participantes para iniciar sesión.

Parte 1 - Información sobre el participante Para actualizar su dirección, por favor, iniciar sesión en su cuenta en www.workablesolutions.com / participantes.

Nombre del Participante (Apellido / Nombre / MI)	Empleado SSN / Empleado ID
Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal)	Es esta una casa nueva?
E-mail (sólo se utiliza para comunicar información de reclamaciones y avisos)	Número de teléfono diurno

Parte 2 - Las solicitudes de reembolso Si los gastos de la lista a continuación. Si necesita más espacio, los gastos de la lista en una hoja de papel.

Plan tipo de leyenda: HRA - MedFund acuerdo de reembolso de la Salud, la FSA - MedFlex Cuenta de Gastos Flexibles, DCA - CareFlex cuidado de dependientes cuenta, IPB - Individual Premium Beneficios, LPA - Objeto Limitado MedFlex Cuenta de Gastos Flexibles

Plan Tipo	Tipo de reclamo en línea? (Y / N)	tarjeta de crédito? (Y / N)	Fecha(s)	de Tipo de Servicio(s) de gastos (médicos, dentales, OTC)	Descripción de la Medicina, producto, servicio o suministro *	Miembro de la familia a recibir el	servicio requerido
HRA	N	N	3/1/10	Médico	Físico Anual - Dr. Morgan	John	\$125

* Nota - El nombre de la prescripción no es necesaria, pero el nombre de cualquier over-the-counter se requiere la medicina o suministro.

Total:

Si usted es incapaz de proporcionar un recibo de cualquier reclamo presentado contra una CareFlex cuidado de dependientes de cuenta, por favor tenga a su proveedor de cuidado de dependientes firmar la certificación de abajo.

Certificación de Proveedor de

Certifico que los gastos de cuidado de dependientes listados arriba son exactas. Entiendo que mi firma es con el único fin de eliminar la necesidad de que el participante a proporcionar los recibos para el reembolso.

Firma del Proveedor

Fecha

Parte 3 - Certificación del participante de Reembolso

Afirmo que:

- Yo no haya sido pagado ESTOS GASTOS Y NO SEGURO solicitar el reembolso de dichos gastos o cualquier otra fuente.
- He presentado la información anterior de buena fe y es correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo soluciones viables, incluidos sus agentes y empleados, no será considerado responsable si presento gastos no elegibles para el reembolso.
- Entiendo que soy responsable del reembolso de mi empleador por cualquier reembolso de gastos que, después del reembolso, se descubrió que no subvencionables.
- Si presento mi plan de gastos para el cuidado de dependientes CareFlex, he obtenido o solicitado la fiscal del proveedor y número de identificación que incluirá un número en el formulario del IRS 2441, que debo adjuntar a mi declaración de impuestos federales.
- Entiendo que deben conservar una copia de toda la documentación presentada en el caso de una auditoría del IRS.

Mediante la presentación de estos gastos de reembolso, certifico lo anterior y autorizar el uso de los fondos del plan se indica el tipo de pago para el reembolso.