

Formato de Solicitud de Reembolso

Empleador

Información del empleado

Marque aquí si su dirección de correo es nueva

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre
Dirección	Ciudad / Estado	Código postal
Teléfono	Teléfono de Oficina	Fecha de Nacimiento

Elementos requeridos para presentar esta forma:

- (1) Completa toda la información pertinente en los espacios correspondientes, firme, señale la fecha & envíe a Administrative Solutions Inc.
- (2) Adjunte una Explicación de Beneficios (EOB) detallada o el recibo del Proveedor/Aseguranza para respaldar su reembolso.
- (3) EL RECIBO/EOB DEBE DE INCLUIR: Fecha de servicio, Descripción de gastos, costos de gastos. La cantidad que el paciente es responsable, la cual deberá de ser claramente enunciada para su aprobación.

Por favor confirme si se deberá pagar al miembros o al proveedor (seleccione uno): **Miembro** **Proveedor**

Fecha de Servicio	Tipo de Gasto	Gastos Contraídos por	Cantidad
Monto Total Solicitado			

Nombre del Proveedor	Teléfono
Dirección	Ciudad/Estado/Código Postal

El participante que suscribe en el plan certifica que todos los gastos, para que el reembolso o pago sea reembolsado, por medio de la sumisión de esta forma, se efectuaron durante el período que el suscrito fue cubierto por el plan con respecto a dichos gastos; y que tales gastos no han sido reembolsados, o no son reembolsables, bajo cualquier otra cobertura de plan de beneficios. El suscrito entiende completamente que él o ella sola es responsable de la suficiencia, exactitud y veracidad de toda información relativa a esta afirmación que es proporcionada por el suscrito y a menos de que sea un gasto para que pago o reembolso reclamado es un gasto adecuado bajo el plan, el abajo firmante es responsable por el pago de todos los impuestos incluyendo Federales, Estatales o Municipales impuestos sobre cantidades pagadas del plan que se refieren a dichos gastos. El participante reconoce también que el unicamente es el responsable de pago directo al proveedor de servicios de los gastos incurridos y que el plan o el administrador del plan no son de ninguna manera responsables por la falta de pago por el servicio al proveedor si es que el participante no pagara por el gasto al servicio al proveedor despues de haber recibido reembolso por parte del plan.

Signature _____

Date _____



P.O. Box 5809
 Fresno CA 93755-5809
 Teléfono: 559 256-1320/ 866-777-1320 Fax 559-475-5782 Email: flexhelp@asibenefits.com