



Formulario de solicitud

Este formulario se utiliza cuando se solicita el reembolso de cualquier gasto de bolsillo elegible que se haya producido. Los recibos que acompañen a este formulario deben incluir la siguiente información: (I) Fecha del servicio, (2) Descripción del servicio o artículo adquirido, (3) Importe en dólares (sólo responsabilidad del paciente) y (4) Nombre del proveedor.

proveedor.										
*Campos obligatorios										
							-	-		
*Nombre del participante (Nombre, MI, Apellidos)					*Número de la Seguridad Social					
*Nombre del empleador (no abreviar)						Identificación del empleado				
	•				ideiiti	medelell	aci ciii	picado		
Información sobre el reembo	lso de la									
*Tipo de plan	*Fechas de servicio (fechas de inicio y fin - MM/DD/AAAA)		*Nombre del proveedor		Tipo de servicio (por ejemplo, medicamentos, copago, seguro dental)			*Coste de bolsillo (Responsabilidad del paciente)		
*Tipos de planes: HFSA-Health FSA; HRA-Health ReimbursementArrangement						Total	: \$			
Informacion de reclamacion-	Cuidado de dependientes solo F	FSA (no se necesita	a recibo cuando se r	oresenta la fir	ma de ເ	ın provee	edor)			
*Fechas de servicio (fechas de inicio y fin - MM/E	dor	*Firma del proveedo			*Costes de guarde					
					s I					
								·		
Certificación del participante	e									
reembolsado anteriormente por y no para reventa u otro propósit reembolso. Si presento gastos pa proveedor e incluiré el TIN en el f	ormación facilitada es completa y exa estos gastos ni estoy solicitando el r o no permitido por las normas del IR ara mi Cuenta para el cuidado de dep formulario 2441 del IRS, que debo ad , certifico que yo, o la persona física	eembolso de ninguna S. Entiendo que WEX pendientes, he obteni juntar a mi declaració	otra fuente. También , incluidos sus agente: do o realizado esfuerz	certifico que lo s y empleados, os razonables p	s gastos no será r para obte	fueron ind responsab ener el núr	currido: le si pre nero de	s únicamente pa esento gastos no e identificación fi	ra uso personal o elegibles para iscal (TIN) del	
el mes en el que no tenía MEC pa	siga teniendo la Cobertura Mínima I sará a estar sujeto a impuestos. Si p embolso, tengo (o tenía) cobertura d	resento gastos para i	mi Cuenta de reembols	so de gastos mé	dicos co	n cobertu	ra indiv	vidual (ICHRA), c	certifico que yo, o la	
formulario certifico lo anterior. D	ue se incurrió en el gasto. Si hay algú le acuerdo con las condiciones del pl ción presentada en caso de auditoría	lan, los pagos de pres								
Submit Claims										
Fax a:	Enviar por correo a:	por correo a: Correo e		Ar	Archivo en línea:					
866-451-3245	WEX		wexhealth.com		benefitslogin.wexhealth.com					
Páginade	Apartado de correos			Fo	rmular	io de sol	icitud	_		
No se requiere portada	2926 Fargo, ND 58108-2926			no	obliga	torio				