

如何申請從您的醫療護理賬戶報銷？

此表格僅用於申請報銷醫療護理費用。如需檢視可報銷醫療費用的詳細清單，請查看 <https://mymra.adp.com>。所有醫療護理費用應首先在您雇主的保健計劃或任何其他您可能擁有的保險下提出。一般來說，可報銷的費用包括：福利計劃准予列支但不完全承保的費用，如共同支付；准予列支的費用並非在任何福利計劃中均予以承保，如非處方藥品。

步驟 1：使用預覽功能或列印式填寫表格

- 請以大寫字母列印，在提供的框格中央輸入字母並在所有橢圓中填寫所示內容：

A	B	C	D		1	2	3	4	<input checked="" type="radio"/> 是	<input type="radio"/> 否
---	---	---	---	--	---	---	---	---	------------------------------------	-------------------------

- 章節 2 與 5：每項費用單獨列為一行，不要把所有費用混在一起。
- 填寫表格的所有部分。在表格的底部簽字和填寫日期。
- 如果您的費用超出提供的行數，請使用第 3 頁。

步驟 2：附上輔助文檔

- 在白色、信紙規格的紙張中列印您的收據或其他輔助文檔。置放好您的收據，以致它們統統朝向同一個方向。並在頁面頂端填寫您的社會保險號（Social Security Number）。

步驟 3：提交您的表格（傳真的速度較快）

- 使用傳真：透過一次傳真傳送表格與收據複本。不要包含傳真封面頁。
- 使用郵件：將表格與輔助文檔放入信封中，使用合適的郵資，然後投寄。
- 如果您提供您的電子郵件地址，ADP 會以電子郵件的形式通知您已收到您的表格。
- 保存一份您填寫好的記錄表格和收據的複印件。

步驟 4：接收您的報銷（直接存款較快）

- 透過直接存款或電子資金轉帳（EFT）的方式，您將比收到支票早 5 天接收到您的報銷資金。如需註冊，請登入您的賬戶 <https://mymra.adp.com> 並在左側功能表選擇「直接存款註冊」。

輔助文檔的種類：

- 您的醫療、牙科或眼科或藥房分項收據
- 非處方藥分項收據 — 必須顯示藥品名稱
- 明細表，如您的保險公司或醫療服務提供者的福利說明（EOB）。
- 文檔必須顯示：
 - 服務或購買日期
 - 服務類型或產品名稱
 - 金額（您支付的一部分）

請不要：

- 使用紅墨水
- 使用表格影印件
- 標記收據或表格的任何部分
- 在表格中貼附您的收據複印件
- 在提供的框格以外填寫
- 如果傳真，請不要多次傳真同一份表格
- 郵寄您傳真過的同一表格
- 在您的傳真中包含此說明表
- 在同一表格中提交多年計劃費用

承保分類代碼 – 您必須在表格第 2 部分中填寫分類代碼。如果您希望使用交互功能填寫表格，請在下拉式框格中選擇「請選擇分類」。

醫療分類代碼

- 101 = 共同支付
- 102 = 非處方藥
- 103 = 醫藥處方或共同支付的醫藥處方
- 104 = 常規醫療
- 105 = 脊椎按摩療法/物理治療
- 106 = 病人住院費用
- 107 = 推拿療法
- 108 = 諮詢服務/心理治療
- 109 = 體重/健康管理*
- 110 = 整容手術和程序*
- 111 = 維生素與補充劑*
- 112 = 矯正術
- 113 = 針灸/生髮療程*
- 114 = 助聽器
- 199 = 其他醫療

牙科分類代碼

- 201 = 共同支付
- 202 = 常規牙科（清洗、X 射線、補牙、植牙、假牙）
- 203 = 畸齒矯正術
- 204 = 牙齒美白、接補和鑲牙*
- 205 = 其他牙科

眼科分類代碼

- 301 = 共同支付
- 302 = 非處方眼科（隱形眼鏡解決方案等）
- 303 = 常規眼科（檢查、眼鏡、隱形眼鏡）
- 304 = 非處方太陽鏡*
- 305 = 矯正視力手術

其他分類代碼

- 999 = 其他

注意：*指示項目一般不符合醫療服務費用。

新的 IRS 稅項對被撫養人的定義：

對國內稅收法（Internal Revenue Code）所做的最新更改修訂了「被撫養人」的定義。一般來說，合格子女必須在全年有一半以上的時間與您住在一起，且不得提供自己全年一半以上的撫養費。合格親屬為符合以下項的個人，如（1）您提供此人撫養費的一半以上，且（2）此人不是您或任何其他納稅人的合格子女。請注意，所有與個人相關的問題，例如是符合資格的孩子，還是符合資格的親屬，都必須按照雇主計劃的規定，請與一位符合資格的稅務顧問討論。

有疑問嗎？是否需要一份可報銷費用清單？查看 <https://mymra.adp.com> 或撥打 1-866-697-6078 致電 ADP。

SECTION 1: YOUR INFORMATION

SOCIAL SECURITY NUMBER OR EMPLOYEE ID (NO DASHES)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COMPANY NAME

SFHP

EMPLOYEE LAST NAME

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EMPLOYEE HOME ZIP CODE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FOR ADP ONLY

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EMPLOYEE EMAIL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DAYTIME PHONE # (AREA CODE FIRST, NO DASHES)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SECTION 2: YOUR HEALTHCARE EXPENSES

EXPENSE 1
COVERAGE CODE (SEE PAGE 1)

--	--	--	--

DATES OF SERVICE (MMDDYY)
FROM

--	--	--	--	--	--	--	--

REQUESTED AMOUNT (DOLLARS . CENTS)

\$

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 .

--	--	--	--

COVERED BY INSURANCE?

YES NO

TO

--	--	--	--	--	--	--	--

PATIENT DATE OF BIRTH (MMDDYY)

--	--	--	--	--	--	--	--

EOB ATTACHED?

YES NO

EXPENSE 2
COVERAGE CODE (SEE PAGE 1)

--	--	--	--

DATES OF SERVICE (MMDDYY)
FROM

--	--	--	--	--	--	--	--

REQUESTED AMOUNT (DOLLARS . CENTS)

\$

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 .

--	--	--	--

COVERED BY INSURANCE?

YES NO

TO

--	--	--	--	--	--	--	--

PATIENT DATE OF BIRTH (MMDDYY)

--	--	--	--	--	--	--	--

EOB ATTACHED?

YES NO

EXPENSE 3
COVERAGE CODE (SEE PAGE 1)

--	--	--	--

DATES OF SERVICE (MMDDYY)
FROM

--	--	--	--	--	--	--	--

REQUESTED AMOUNT (DOLLARS . CENTS)

\$

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 .

--	--	--	--

COVERED BY INSURANCE?

YES NO

TO

--	--	--	--	--	--	--	--

PATIENT DATE OF BIRTH (MMDDYY)

--	--	--	--	--	--	--	--

EOB ATTACHED?

YES NO

SECTION 3: CERTIFICATION Please read Certification Statement thoroughly before signing.

I hereby certify that:

- I have read and understand the instructions on page one.
- The information contained within this form is correct.
- I have not received reimbursement previously for these expenses from my Healthcare Account or any other plan and will not seek reimbursement by any other plan.

I understand that:

- Reimbursement is not a guarantee that this payment is tax free.
- Healthcare expenses reimbursed through this account cannot be used as a deduction on my personal income tax return.

I hereby authorize release of payment through my Healthcare Account.

I hereby authorize ADP or its representatives to obtain necessary information from all physicians, hospitals, medical service providers, pharmacists, employers, and all other agencies or organizations (this includes other insurers) to consider the claim for reimbursement under my Healthcare Account.

FAX: 1-866-643-2219 Toll Free
MAIL: ADP Spending Accounts
PO Box 34700
Louisville, KY 40232
PHONE: 1-866-697-6078

Employee Signature _____ Date _____