

CÓMO SOLICITAR UN REEMBOLSO DE SU CUENTA DE ATENCIÓN MÉDICA

Este formulario solo debe utilizarse para **solicitar el reembolso de gastos de atención médica**. Para ver una lista detallada de gastos médicos elegibles, visite mymra.wageworks.com. Todos los gastos de atención médica se deben de presentar primero bajo el plan de atención médica de su empleador o cualquier otra cobertura que pueda tener. Por lo general, los gastos elegibles incluyen: gastos permitidos cubiertos pero no reembolsados completamente por cualquier plan de beneficios, como los copagos; y los gastos permitidos NO cubiertos por cualquier plan de beneficios, como los medicamentos de venta libre.

Paso 1: Llene el formulario con el uso de la función interactiva o impresión

- Escriba con letras mayúsculas, con las letras centradas en las casillas proporcionadas y llene todos los óvalos como se muestra:

A	B	C	D			1	2	3	4
---	---	---	---	--	--	---	---	---	---

SI NO

- Para la sección 2 y 5: Complete una línea separada para cada gasto individual. No coloque todos los gastos juntos.
- Complete todas las secciones del formulario. Firme y coloque la fecha en la parte inferior del formulario.
- Si sus gastos exceden el número de líneas proporcionadas, utilice la página 3.

Paso 2: Adjunte la documentación de respaldo

- Copie sus recibos u otra documentación de respaldo en una hoja de papel en blanco tamaño carta. Coloque los recibos para que queden orientados en la misma dirección y escriba su Número de Seguro Social en la parte superior de la página.

Paso 3: Presente su formulario (por fax es más rápido)

- Por fax: envíe el formulario y la copia de sus recibos en un solo fax. No necesita enviar una hoja de portada en su fax.
- Por correo: coloque el formulario y la documentación de respaldo en un sobre, aplique el franqueo correcto y envíe por correo.
- Si proporciona su dirección de correo electrónico, WageWorks le enviará por correo electrónico la confirmación de recepción de su formulario.
- Mantenga una copia de su formulario completo y recibos para sus registros.

Paso 4: Reciba su reembolso (el Depósito Directo es más rápido)

- Mediante el uso del Depósito Directo o la Transferencia de Fondos Electrónica (EFT), recibirá el reembolso de los fondos hasta cinco días más rápido que por medio de un cheque. Para registrarse, ingrese a su cuenta en mymra.wageworks.com, y seleccione "Direct Deposit Sign-Up" (Inscripción para depósito directo) del menú del lado izquierdo.

Tipo de Documentación de Respaldo:

- Recibo detallado de su proveedor o farmacia, médico de la vista o dental.
- El recibo detallado de los medicamentos de venta libre debe mostrar el nombre del medicamento de venta libre.
- Declaración detallada, tal como la Explicación de Beneficios (EOB) de su compañía de seguros o proveedor de atención médica
- La documentación debe mostrar:
 - Fecha del servicio o de compra
 - Tipo de servicio o nombre del producto
 - Monto (su parte de pago)

NO DEBE DE:

- Utilizar tinta roja
- Utilizar una fotocopia del formulario
- Resaltar los recibos o cualquier parte del formulario
- Engrapar la copia de los recibos al formulario
- Escribir fuera de las casillas proporcionadas
- Enviar por fax el mismo formulario más de una vez
- Enviar por correo el mismo formulario que envió por fax
- Incluir esta hoja de instrucciones con su fax
- Presentar gastos para múltiples años del plan en el mismo formulario

CÓDIGOS DE COBERTURA – Debe incluir un código de la Sección 2 del formulario. Si desea completar el formulario con el uso de la característica interactiva, seleccione un código del cuadro desplegable que indica "Please Select Code" (Seleccione el código).

Códigos médicos

- 101 = copagos
- 102 = medicamentos de venta libre
- 103 = recetas médicas o copagos por recetas médicas
- 104 = médico general
- 105 = terapia quiropráctica/física
- 106 = gastos de hospital para paciente hospitalizado
- 107 = terapia de masajes
- 108 = asesoría/terapia psicológica
- 109 = control del peso/condición física*
- 110 = cirugía cosmética y procedimientos*
- 111 = vitaminas y suplementos*
- 112 = aparatos ortopédicos
- 113 = electrólisis/restauración del cabello*
- 114 = dispositivos auditivos
- 199 = otros médicos

Códigos dentales

- 201 = copagos
 - 202 = dental general (limpiezas, rayos X, coronas, implantes, dentaduras postizas)
 - 203 = ortodoncia
 - 204 = blanqueo de dientes, rellenos, sobredentadura*
 - 205 = otro dental
- ### Códigos de la vista
- 301 = copagos
 - 302 = para la vista de venta libre (soluciones para lentes de contacto, etc.)
 - 303 = de la vista general (exámenes, anteojos, lentes de contacto)
 - 304 = lentes de sol no recetados*
 - 305 = cirugía de corrección de la vista

Otros códigos

- 999 = otro

*Nota: * indica artículos que por lo general no son gastos de atención médica elegibles.*

Nueva definición de dependiente fiscal del IRS:

Un cambio reciente en la definición revisada de "dependiente" del Código fiscal. Hablando de manera general, un niño calificado debe residir con usted más de la mitad del año y no debe proporcionar más de la mitad de su propia manutención. Un pariente calificado es una persona que reúne los requisitos si (1) usted proporciona más de la mitad de la manutención de la persona y (2) la persona no es un hijo calificado suyo o de cualquier otro contribuyente. **Tenga en cuenta que todas las preguntas relativas a la condición de un individuo, ya sea como hijo calificado o pariente calificado, deben ser discutidas con un asesor fiscal calificado en relación con lo dispuesto en el plan de su empleador.**

¿Tiene preguntas? ¿Necesita una lista de gastos elegibles? Vaya a mymra.wageworks.com o llame a WageWorks al

1-866-697-6078.

Página N.º 1

SECTION 1: YOUR INFORMATION

SOCIAL SECURITY NUMBER OR EMPLOYEE ID (NO DASHES)

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

COMPANY NAME

SFHP

EMPLOYEE LAST NAME

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

EMPLOYEE HOME ZIP CODE

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

FOR WageWorks 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? <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO																																										
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
	TO																																												
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																												

EXPENSE 2 COVERAGE CODE (SEE PAGE 1)	DATES OF SERVICE (MMDDYY) FROM	REQUESTED AMOUNT (DOLLARS . CENTS)	COVERED BY INSURANCE? <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO																																										
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
	TO																																												
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																												

EXPENSE 3 COVERAGE CODE (SEE PAGE 1)	DATES OF SERVICE (MMDDYY) FROM	REQUESTED AMOUNT (DOLLARS . CENTS)	COVERED BY INSURANCE? <input type="radio"/> YES <input type="radio"/> NO																																										
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																								<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
	TO																																												
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																																												

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 WageWorks 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: WageWorks Spending Accounts
 PO Box 34700
 Louisville, KY 40232
 PHONE: 1-866-697-6078

Employee Signature _____ Date _____