

PAANO HIHINGI NG REIMBURSEMENT MULA SA IYONG HEALTHCARE ACCOUNT

Ang form na ito ay gagamitin upang **humingi ng reimbursement para sa mga gastusin sa pangangalagang pangkalusugan lamang**. Upang tingnan ang detalyadong listahan ng mga kwalipikadong gastusing medikal, bisitahin ang mymra.wageworks.com. Lahat ng gastusin sa pangangalagang pangkalusugan ay dapat munang mai-file sa ilalim ng iyong plano sa pangangalagang pangkalusugan na ipinagkakaloob ng iyong employer o sa iba pang coverage na hawak mo. Sa kalahatan, kabilang sa mga kwalipikadong gastusin ang: Mga pinahihintulatang gastusin na sakop ngunit hindi buong ibinabalik ng anumang plano ng benepisyo, tulad ng mga co-payment; at mga pinahihintulatang gastusin na HINDI sakop ng anumang plano ng benepisyo tulad ng mga gamot na nabibili nang walang reseta (over-the-counter).

Unang Hakbang: Sagutan ang form gamit ang Interactive feature o pagpi-print

- Mangyaring i-print gamit ang malalaking letra, isentro ang mga letra sa nakalaang kahon at kulayan ang lahat ng biluhaba tulad ng ipinapakita:



Para sa Seksyon 2 Kumpletuhin ang hiwalay na linya para sa bawat gastusin. Huwag pagsasama-samahin ang mga gastusin.

- Kumpletuhin ang lahat ng seksyon ng form. Lagdaan at lagyan ng petsa ang ibabang bahagi ng form.

Ika-2 Hakbang: Maglakip ng pansuportang dokumento

- Kopyahin ang iyong mga resibo o iba pang pansuportang dokumento sa kulay puti at letter-sized na papel. Ayusin ang iyong mga resibo para nakaharap ang mga ito sa iisang direksyon. At isulat ang iyong Social Security Number sa itaas ng pahina.

Ika-3 Hakbang: Isumite ang iyong form (Mas mabilis kung fax)

- Sa pamamagitan ng fax: Ipadala ang form at nakopyang mga resibo bilang iisang fax. Huwag isasama ang fax cover sheet.
- Sa pamamagitan ng koreo: Ilagay ang form at ang pansuportang dokumento sa isang sobre, lagyan ng tamang selyo, at ihulog sa koreo.
- Kung ibibigay mo ang iyong email address, padadalhan ka ng WageWorks ng email upang kumpirmahin na natanggap namin ang iyong form.
- Magtago ng kopya ng iyong nakumpletong form para sa iyong mga record.

Ika-4 na Hakbang: Tanggapin ang iyong reimbursement (Mas mabilis ang Direct Deposit)

- Sa pamamagitan ng Direct Deposit o Electronic Funds Transfer (EFT), matatanggap mo ang iyong mga reimbursement fund nang hanggang sa limang araw na mas mabilis kaysa kung tatanggapin ito bilang tseke. Upang mag-sign up, mag-log in sa iyong account sa mymra.wageworks.com. at piliin ang "Direct Deposit Sign-Up" mula sa menu sa kaliwang panig.

Uri ng Pansuportang Dokumento:

- Naka-itemize na resibo mula sa iyong tagapagbigay ng serbisyong medikal, dental o paningin o sa iyong botika
- Naka-itemize na resibo para sa mga gamot na nabibili nang walang reseta—kailangang ipinapakita ang pangalan ng produkto
- Detalyadong pahayag, tulad ng Pagpapaliwanag sa mga Benepisyo (Explanation of Benefits o EOB) mula sa iyong kumpanya ng insurance o tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan
- Kailangang ipakita ng dokumento ang:
 - Petsa ng serbisyo o pagbili
 - Uri ng serbisyo o pangalan ng produkto
 - Halaga (ang bahagi na binayaran mo)

Mangyaring HUWAG:

- Gagamit ng bolpen na pula ang tinta
- Gagamit ng photocopy ng form
- Iha-highlight ang mga resibo o anumang bahagi ng form
- Ididikit ng staple ang iyong mga nakopyang resibo sa form
- Magsusulat sa labas ng mga inilaang kahon
- Ipa-fax ang parehong form nang mahigit sa isang beses kung nagpadala ng fax
- Ipadadala sa koreo ang parehong form na ipinadala mo sa fax
- Isasama itong papel ng tagubilin sa iyong fax
- Isusumite ang iyong mga gastos para sa maraming taon ng plano sa parehong form

MGA CODE NG COVERAGE – Kailangan mong isama ang isang code sa Seksyon 2 ng form.

Mga medikal na code

- 101 = mga co-payment
- 102 = mga gamot na nabibili nang walang reseta
- 103 = mga reseta o co-pay ng reseta
- 104 = pangkalahatang medikal
- 105 = chiropractic/physical therapy
- 106 = gastos ng in-patient sa ospital
- 107 = massage therapy
- 108 = pagpapayo/psycho therapy
- 109 = pamamahala ng timbang/kalusugan*
- 110 = operasyon at mga pamamaraang pampanganda*
- 111 = mga bitamina at suplemento*
- 112 = orthotics
- 113 = electrolysis/pagpapanumbalik ng buhok*
- 114 = mga hearing aid

Mga dental na code

- 201 = mga co-payment
- 202 = pangkalahatang dental (mga paglilinis, x-ray, crown, implant, pustiso)
- 203 = orthodontia
- 204 = pagpapaputi ng ngipin, bonding, mga veneer*
- 205 = iba pang dental

Mga code ng paningin

- 301 = mga co-payment
- 302 = nabibili nang walang reseta para sa paningin (mga contact solution, atbp.)
- 303 = pangkalahatang paningin (mga eksaminasyon, salamin sa mata, contact lens)
- 304 = hindi iniresetang mga salamin sa mata*
- 305 = operasyon para sa pagtatama ng paningin

Iba pang code

- 999 = iba pa

*Tandaan: Isinasaad ng * ang mga item na, sa pangkalahatan, ay mga hindi kwalipikadong gastusin sa pangangalagang pangkalusugan.*

Bagong Kahulugan ng IRS Tax Dependent:

Isang kamakailan lang na pagbabago sa Internal Revenue Code ang bumago sa kahulugan ng "dependent." Sa kalahatan, ang isang kwalipikadong anak ay dapat nakatira sa iyo nang mahigit kalahati ng taon at hindi dapat nagbibigay ng kalahati ng kanyang sariling sustento. Ang isang kwalipikadong kamag-anak ay isang karapat-dapat na indibidwal kung (1) ikaw ang nagbibigay ng mahigit sa kalahati ng sustento ng nasabing indibidwal, at (2) ang indibidwal ay hindi isang kwalipikadong anak mo o ng sinumang iba pang nagbabayad ng buwis. **Mangyaring tandaan na anumang tanong tungkol sa katayuan ng isang indibidwal bilang alinman sa kwalipikadong anak o kwalipikadong kamag-anak ay kailangang talakayin sa isang kwalipikadong tagapagpayo sa buwis kasama ang mga probisyon ng plano ng iyong employer.**

May Mga Tanong? Kailangan mo ng listahan ng mga kwalipikadong gastusin? Pumunta sa mymra.wageworks.com.

o tawagan ang WageWorks sa 1-866-697-6078

REIMBURSEMENT FORM – HEALTHCARE EXPENSES
Use only **CAPITAL LETTERS**, completely fill in ovals,
and don't use red ink.
FAX TO: 1-866-643-2219 TOLL FREE

XHXCXR

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?

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 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 _____

XHXCXR