



IBEW Local 40-NECA Health Trust Fund

Health Reimbursement Account

Administered by Coast Benefits, Inc.



Solicitud de Reembolso de Salud (HRA) Health Reimbursement Arrangement

Información del Participante:

Nombre

Numero de Telefono

Numero de Seguro Social

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

RECLAMOS DE GASTOS DE LA CUENTA DE LA HRA: adjunte el (los) recibo (s) correspondiente (s) para cada gasto que se indica a continuación al enviar el formulario; Consulte el reverso de este formulario para obtener más detalles sobre lo que debe proporcionar. **Las solicitudes de reembolso deben sumar un mínimo de \$ 25.00.**

Seleccione un beneficiario - Pague a: Participante o Proveedor: _____

Fecha en que recibió el servicio	Proveedor de servicio	Descripción del gasto	Nombre de Persona para quien Gastos incurridos	Cantidad de gastos
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
Total				\$

Autorización del Participante

Al firmar a continuación, certifico que todos los servicios por los cuales se solicita el reembolso en este formulario fueron proporcionados mientras era elegible para la cobertura bajo la Descripción resumida del plan (SPD, por sus siglas en inglés) Fondo Fiduciario de Salud IBEW Local 40-NECA y eran para mí o para mi elegible dependientes, según lo definido por el SPD. Además, certifico que los gastos elegibles no se han reembolsado de otra manera, ni se reembolsarán de ninguna otra manera, a través de ninguna otra fuente, no se han pagado o no son elegibles para el pago antes de impuestos, y no se han tomado, ni intención de ser tomado, como una deducción de impuestos. Entiendo que el Código de Servicio de Impuestos Internos permite el reembolso solo por los gastos de atención médica elegibles. Entiendo que solo soy completamente responsable de la suficiencia, exactitud y veracidad de toda la información relacionada con los reclamos en este formulario y que soy responsable del pago de los gastos y que, si un gasto no es elegible para reembolso bajo la Cuenta HRA del Plan, Soy responsable del pago de todos los impuestos relacionados sobre las cantidades pagadas por el Plan que se relacionen con estos gastos.

Firma del Participante

Fecha

Envíe por correo o fax el formulario completado y cualquier documentación requerida a:

Coast Benefits, Inc.
HRA Claims Department
3530 Camino Del Rio North, Suite 110
San Diego, California 92108
Telephone: 844-739-7956 • Fax: 1-877-501-1015

Procedimientos de reclamación y reembolso

Para recibir un reembolso por los gastos elegibles, debe presentar este formulario de reclamo por escrito, con la documentación de respaldo requerida, al Plan de acuerdo con los procedimientos de reclamo del Plan que se describen brevemente aquí y con más detalles en su Descripción resumida del plan. Es muy importante que ingrese la fecha de servicio correcta para cada reclamación. **El IRS solo permite pagos de reembolso pagados directamente a usted o a un proveedor, y solo después de que haya proporcionado al Fondo un comprobante del pago realizado a sus proveedores.**

Si bien puede enviar solicitudes de reembolso en cualquier momento, **el SPD Fondo Fiduciario de Salud IBEW Local 40-NECA requiere que cualquier solicitud de reembolso sea por un mínimo de \$ 25.00.** Por lo tanto, tendrá que retener sus solicitudes de reembolso hasta que tenga al menos \$25 en gastos elegibles. Además, la cantidad reembolsada por cualquier gasto elegible no excederá el saldo de su cuenta HRA en el momento en que se solicite el reembolso.

Junto con este formulario, debe proporcionar cualquiera de los siguientes, según corresponda:

Un recibo detallado del proveedor del servicio que incluya el nombre de la persona que incurrió en los cargos, la fecha del servicio, la descripción de los servicios, el nombre del proveedor y el monto del cargo.

Una Explicación de Beneficios (EOB) de cualquier cobertura (incluida cualquier EOB emitida por el Fondo Fiduciario de Salud IBEW Local 40-NECA) al solicitar el reembolso del saldo de los cargos para los cuales está disponible la cobertura más los recibos originales que verifican el pago.

Recetas para medicamentos y anteojos.

Cualquier documentación adicional solicitada por el Departamento HRA de Coast Benefits.

Se aceptará una copia de la parte delantera y trasera de un "cheque cancelado" como comprobante de pago junto con un recibo detallado de los servicios.

Es una buena idea hacer una copia de todos los materiales que envíe para sus registros. Los materiales que envíe no le serán devueltos.