



# 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: (1) Fecha del servicio, (2) Descripción del servicio o artículo adquirido, (3) Importe en dólares (sólo responsabilidad del paciente) y (4) Nombre del proveedor.

\*Campos obligatorios

 -  - 

\*Nombre del participante (Nombre, MI, Apellidos)

\*Número de la Seguridad Social



\*Nombre del empleador (no abreviar)

Identificación del empleado

Información sobre el reembolso 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: \$

Información de reclamación- Cuidado de dependientes solo FSA (no se necesita recibo cuando se presenta la firma de un proveedor)

*Fechas de servicio (fechas de inicio y fin - MM/DD/AAAA)	*Nombre del proveedor	*Firma del proveedor	*Costes de guardería
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>

### Certificación del participante

A mi leal saber y entender, la información facilitada es completa y exacta. Certifico que las solicitudes que presento son gastos elegibles según lo definido por el IRS y que no he sido reembolsado anteriormente por estos gastos ni estoy solicitando el reembolso de ninguna otra fuente. También certifico que los gastos fueron incurridos únicamente para uso personal y no para reventa u otro propósito no permitido por las normas del IRS. Entiendo que WEX, incluidos sus agentes y empleados, no será responsable si presento gastos no elegibles para reembolso. Si presento gastos para mi Cuenta para el cuidado de dependientes, he obtenido o realizado esfuerzos razonables para obtener el número de identificación fiscal (TIN) del proveedor e incluiré el TIN en el formulario 2441 del IRS, que debo adjuntar a mi declaración federal de impuestos. Si presento gastos para mi Cuenta de reembolso sanitario para pequeñas empresas cualificada (QSEHRA), certifico que yo, o la persona física

para el que solicito el reembolso, siga teniendo la Cobertura Mínima Esencial (MEC). Entiendo que si no mantengo la MEC, cualquier reembolso efectuado con cargo a mi QSEHRA durante el mes en el que no tenía MEC pasará a estar sujeto a impuestos. Si presento gastos para mi Cuenta de reembolso de gastos médicos con cobertura individual (ICHRA), certifico que yo, o la persona para la que solicito el reembolso, tengo (o tenía) cobertura de seguro médico individual, Medicare Parte A (seguro hospitalario) y B (seguro médico), o Medicare Parte C (Medicare

Advantage) durante el mes en que se incurrió en el gasto. Si hay algún cambio en la información proporcionada, entiendo que es mi responsabilidad notificarlo a WEX. Al enviar este formulario certifico lo anterior. De acuerdo con las condiciones del plan, los pagos de prestaciones que no se reclamen a tiempo pueden ser devueltos al plan. Entiendo que debo conservar una copia de toda la documentación presentada en caso de auditoría del IRS.

Submit Claims

Fax a:  
 866-451-3245  
 Página \_\_\_ de \_\_\_  
 No se requiere portada

Enviar por correo a:  
 WEX  
 Apartado de correos  
 2926  
 Fargo, ND 58108-2926

Correo electrónico a:  
[forms@wexhealth.com](mailto:forms@wexhealth.com)

Archivo en línea:  
[benefitslogin.wexhealth.com](http://benefitslogin.wexhealth.com)  
 Formulario de solicitud  
 no obligatorio

