

Reclamo Médico

AMERICAN MUTUAL BENEFITS

Fax to 888.884.4085. Fotocopiar los recibos en papel 8.5 x 11. **NO ENVIE** recibos originales.

Nombre del empleado

Número de Seguro Social

Nombre del empleador

Domicilio

Bonnie
Ciudad

ciudad Nº

Numero de telefono

Estado Código
Marque si cambio la Dirección

Postal

Costos Medicos sin Reembolso

Certificacion de Declaracion de Empleado-Por favor, lea cuidadosamente y firme abajo.

El participante que suscribe en el Plan certifica que todos los gastos que se solicitan el reembolso o el pago mediante la presentación de este formulario se haya incurrido Durante un período, mientras que el suscripto fue cubierto por el Plan en relación con dichos gastos y que los gastos médicos que no han sido reembolsados o no son reembolsables en ningún otro plan de cobertura. El que suscribe plenamente consciente de que él o ella solo es plenamente responsable de la suficiencia, exactitud Y veracidad de toda la información relativa a su reclamo que es proporcionada por el abajo firmante, y que a menos que un gasto para el que se reclamó el pago O el reembolso es un buen gasto en virtud de un Plan de la Sección 125 Cafeteria, el abajo firmante puede ser responsable por el pago de todos los impuestos Relacionados, incluyendo federales, estatales y los impuestos de ingresos de la ciudad y las sanciones sobre los montos pagados por el Plan que se refieren a ese gasto.