Demanda de Cuidado Médico/Dependiente

AMERICAN MUTUAL BENEFITS

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

Nombre del empleado Número de Seguro Social

Nombre del empleador

Domicilio

Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfonol: Marque si cambio la Dirección:

Costos Medicos sin Reembolso

Fecha de los gastos	Proveedor	Descripción de los gastos	Miembro de la familia	Cantidad
			TOTAL	$0.00

Reclamación de Gastos de Cuidado de Dependientes

Nombre del Dependiente	Periodo Cubierto		Nombre del Proveedor de Cuidado	Cantidad
	Desde	Hasta		
			TOTAL	$0.00

El importe total reclamado en el cuidado de dependientes no debe exceder menos de su ingreso por el plan del año o de los ingresos obtenidos de su cónyuge.
(Si su cónyuge es o bien un estudiante de tiempo completo o es incapaz de cuidar de sí mismos, entonces se considera que tienen un ingreso mensual de $ 250 si es de un (1) hijo o persona dependiente, Y $ 500 si hay dos (2) o más.) Ningún pago podrá hacerse en el marco del Plan si el proveedor de servicios es su dependiente para propósitos de los impuestos federales, o es su hijo o hijastro y está bajo la edad de 19 años.

Documentación Requerida: Cualquier recibo o comprobante de pago debe tener el nombre del proveedor del servicio, la fecha o rango de fechas de servicio, una descripción del servicio prestado, El nombre de la persona que recibe el servicio y el costo del servicio. Recibos de tarjeta de crédito y cheques cancelados no son una prueba aceptable de servicio.

Los medicamentos y tratamientos de venta libre: Un recibo o la documentación de la tienda se requiere con el nombre de la medicina en el recibo. La tienda debe proporcionar esta información, Usted no puede escribir en el recibo. Además deberá proporcionar la información de la condición médica existente o inminente en el recibo .formulario de petición, o una declaración por separado para esta compra.

Equipos médicos, vitaminas, hierbas, suplementos nutricionales, membresías de clubes de salud, programas para bajar de peso, terapia de masaje, y las compras o servicios que normalmente se consideran cosméticos: Para presentar una reclamación por estos elementos, debe tener una declaración por escrito de su médico indicando la naturaleza de su condición médica, el servicio específico o un elemento necesario y una declaración De que el servicio o artículo que se necesita para el tratamiento de su condición. Dichas declaraciones deben ser renovadas anualmente.

Certificación de Declaración 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 suscrito 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 Cafetería, 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.

Firma del Empleado - Firma y fecha requerida para la reclamación para ser procesada. Fecha