# Formulario de Aplicación de Reembolso

Discovery Benefits
simplify.™

## *Información del participante* -- La información faltante puede retrasar el proceso de su reembolso.

Nombre | No. de la Seg. Soc.

Empleador | Número de Id. del empleado:

Dirección de correo electrónico (si se proporciona, todas las notificaciones se enviarán por correo electrónico)

☐ Marque esta casilla si ha cambiado de dirección.

Nueva dirección:

## *Información del reembolso*

**¿Presentó esta reclamación en línea?** **Sí** ☐ **No** ☐

*¿Necesita más espacio? Presente su reclamación en línea en discoverybenefits.com*

| **Tipo de plan** | **Fecha(s) en que realizó el gasto** | **Proveedor del producto o servicio** *Con toda confianza, agregue todos los gastos de un tipo de plan juntos como una sola reclamación* | **Persona que recibió el producto o servicio** | **Importe de la reclamación** | **Firma y número de identificación fiscal del proveedor de atención a los dependientes** |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

*Tipos de planes **MSA -** Cuenta de gastos médicos; **DCA** – Cuenta de atención a dependientes; **EMSA** – Cuenta de gastos médicos financiada por el empleador; **EDCA** – Atención a dependientes financiada por el empleador; **HRA** - Cuenta de reembolso de salud; **TRN –** Transporte; **PAR** – Estacionamiento

**$** **Reembolso total solicitado**

## *Depósito directo*

☐ Marque esta casilla si desea activar o cambiar la información de la cuenta de banco para depósito directo.

Nombre del banco:

Número de enrutamiento del banco:

Número de cuenta del banco:

## *Certificación del participante*

Hasta donde sé y creo, mis declaraciones en este formulario son completas y verdaderas. Certifico que la solicitud de reembolso que estoy presentando es por gastos elegibles por el IRS y que no se me han reembolsado dichos gastos previamente, ni estoy buscando reembolso de estos gastos de un seguro ni ninguna otra fuente. También entiendo que Discovery Benefits, sus agentes o empleados, no serán legalmente responsables si presento para su reembolso gastos no elegibles por el IRS. Autorizo una deducción a mi cuenta por el importe del reembolso. He recibido los servicios descritos arriba en las fechas indicadas y los gastos son mis desembolsos que califican como gastos válidos en los términos del Plan. Participantes de transporte: Certifico que usé el Beneficio de transporte por el cual arriba estoy solicitando el reembolso, sólo para efectos de trasladarme desde y hacia el trabajo con el empleador arriba señalado.

_____ _____

**Firma del participante** (La solicitud no puede aceptarse sin la firma del participante) **Fecha**

### *Lineamientos para la documentación y sustanciación*

*Recuerde incluir su documentación con su solicitud.*
Para los reembolsos médicos, adjunte una copia de la Explicación de beneficios de su compañía de seguros (puede ser obligatorio para las cuentas HRA) o copias de los recibos o facturas si no hay cobertura de seguro para documentar los importes. En el caso de Cuentas de gastos médicos, la documentación debe incluir la fecha y tipo de servicio, el nombre de los proveedores de los servicios, la responsabilidad final del servicio. Para obtener información adicional, vea el Resumen de la descripción del plan o llámenos sin costo al 1-866-451-3399.

For office use only: Plan Year 1 _____ Plan Year 2 _____