



## Formulario de reembolso de reclamo de FSA

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Nombre de empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Cambio de dirección: \_\_\_\_\_

\* Toda la comunicación del plan relacionada con la actividad de su cuenta se proporciona únicamente a través de email y por el sitio web de [www.NueSynergy.com](http://www.NueSynergy.com). Es importante notificar a NueSynergy si cambia dirección de correo electrónico.

### 1. Gastos médicos de FSA

\*consulte a continuación requisitos de justificación

Aplicar reclamo al año del plan		Fecha(s) de servicio	Nombre del proveedor de servicios	Descripción de gastos	Persona por quien incurrió el gasto	Monto
Año anterior	Año corriente					

GASTO TOTAL DE ATENCIÓN MÉDICA DE FSA: \_\_\_\_\_

### 2. Gastos de cuidado de dependientes

#### Información de la guardería

Nombre de los dependientes	Edad	Período cubierto De   a	Información de la guardería			Monto
			Nombre	Dirección	Identificación del impuesto	

GASTO TOTAL DE CUIDADO DE DEPENDIENTES: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROVEEDOR DE GUARDERÍA: \_\_\_\_\_

\* Las reclamaciones de la FSA de salud deben estar respaldadas con información de un tercero independiente (por ejemplo, un recibo o factura) que describa el servicio o producto, la fecha del servicio o la venta y el monto del gasto. Además de facilitar la determinación de si un gasto es para atención médica, este requisito asegura que se haya incurrido en el gasto (es decir, que una FSA de salud no reembolsa por adelantado los gastos futuros o proyectados). Originales, copias / facsímiles o las copias escaneadas de los originales deben cumplir este requisito. Los recibos de tarjetas de crédito o cheques cancelados no satisfacen el requisito de estado de cuenta de terceros.

El participante abajo firmante en el Plan certifica que todos los gastos por los cuales se reclama reembolso o pago mediante la presentación de este formulario fueron incurridos durante un período mientras el abajo firmante estaba cubierto por el Acuerdo de Gastos Flexibles del Empleado con respecto a dichos gastos y que los gastos médicos no han sido reembolsados o no son reembolsables bajo ninguna otra cobertura de plan de salud. El abajo firmante entiende completamente que él o ella es el único responsable de la suficiencia, precisión y veracidad de toda la información relacionada con este reclamo que es proporcionada por el abajo firmante, y que a menos que un gasto por el cual se reclame el pago o reembolso sea un gasto adecuado según el Plan, el abajo firmante puede ser responsable del pago de todos los impuestos relacionados sobre los montos pagados del Plan que se relacionan con dicho gasto.

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe por fax o correo postal los formularios completados junto con copias de facturas y recibos a:

Administration Services  
4601 College Blvd, Suite 280, Leawood, KS 66211  
Fax: 855.890.7238

Sólo para uso de oficina:  
Amount Approved: \_\_\_\_\_

Amount Rejected: \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_

Date Received: \_\_\_\_\_