



HIGGINBOTHAM®

Tarjeta de Débito Flex

Reembolso

Formulario de Reembolso de la Cuenta de Gastos de Atención Médica

Nombre del Empleador _____

Nombre del Empleado _____

Número de Seguro Social del Empleado _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono _____ Correo E. _____

Nombre del Paciente y Relación con el Empleado _____

¿Tiene usted Seguro Médico? Si No

¿Tiene seguro dental? (marque solo si presenta gastos dentales) Si No

Para la mayoría de los gastos, adjunte recibos que incluyan la fecha del servicio, el proveedor, el monto del cargo y la explicación del gasto. Los recibos de tarjetas de crédito / débito se aceptan solo por el monto del copago. Todos los demás requerirán una Explicación de Beneficios (EOB) o una declaración detallada de cargos. No se aceptan recibos de caja registradora para Rx, necesitamos el recibo que está grapado a su bolsa Rx. Los montos cubiertos no incluyen pagos bajo ningún otro plan o programa de atención médica, programa federal, estatal o gubernamental, compensación de trabajadores o cualquier otra póliza o seguro de salud.

Certifico que la información anterior es correcta a mi leal saber y entender y que cada artículo o gasto es elegible para reembolso. Certifico que estos gastos no han sido reembolsados, y no buscaré el reembolso por ellos bajo un plan mayor o cualquier otro plan de salud, como una póliza individual o el plan de salud de mi cónyuge o dependiente. Entiendo que el gasto por el que se me reembolsa no se puede utilizar para reclamar ninguna deducción o crédito del impuesto federal sobre la renta. Autorizo a cualquier médico, hospital u otra organización o persona que tenga registros, datos o información sobre el historial de salud u otro seguro para que yo o mis dependientes proporcionemos dichos registros, datos o información que pueda solicitar Higginbotham.

Firma del Empleado _____

Fecha _____

Mande correo a:

Attn: Flex Department c/o
Higginbotham
1300 Summit Ave, Ste 750
Fort Worth, TX 76102
Teléfono: 866-419-3519
Fax: 817-882-9267
Fax gratuito: 866-419-3516
Correo E.: flexclaims@higginbotham.net