



Fax: 866.514.8287

Nombre	Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos)	Nombre del empleador
Identificación de miembro	Número de teléfono	Dirección de correo electrónico

Fecha(s) de servicio	Nombre del proveedor de servicios	Nombre del paciente	Tipo de gasto <i>(Visita en consultorio, dental, anteojos, prescripción, copago, etc.)</i>	Monto solicitado
MONTO TOTAL SOLICITADO				\$

Mediante la presente certifico la veracidad de lo siguiente:

- Usaré mi cuenta HRA para pagar los gastos calificados por el Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), permitidos por el o los planes HRA que mi empleador nos ha proporcionado a mí y a mis familiares dependientes elegibles según el IRS, en la(s) fecha(s) de servicio indicada(s) más arriba dentro de mi período de cobertura.
- No he solicitado ni solicitaré el reembolso de los gastos médicos reclamados en el presente formulario de HRA a través de ninguna otra fuente. Las fuentes prohibidas incluyen, aunque no limitativamente, seguros de salud individuales y colectivos, organizaciones de administración de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), planes autoasegurados, etc.
- No reclamaré ningún gasto reembolsado de la cuenta HRA para obtener deducciones o créditos de impuestos federales sobre los ingresos, y solicitaré el reembolso únicamente después de que se hayan prestado los servicios.
- Recopilaré y conservaré suficiente documentación a fin de poder corroborar mis gastos reembolsados de la cuenta HRA para responder a cualquier solicitud de información que pueda recibir del IRS o de mi empleador.
- La elegibilidad de los gastos médicos según un plan HRA está sujeta a cambios en las regulaciones del IRS y de la FDA que podrán ocurrir en cualquier momento.
- Concretamente, libero a mi empleador y a Trustmark Health Benefits de toda responsabilidad que pueda resultar, ya sea de mi participación en cualquier cuenta HRA, o bien de cualquier declaración falsa que yo haga en relación con mis solicitudes de reembolso de la cuenta HRA.
- Cuando se haya realizado un reembolso incorrecto de gastos no elegibles de la cuenta HRA, se seguirá el procedimiento correctivo aprobado por el IRS y permitido por el plan HRA de mi empleador.
- He leído y entendido la información que aparece en el frente de este formulario.

Firma del empleado	Fecha
--------------------	-------

Attn: EVHC
P. O. Box 2968, Clinton, IA 52733-2968
Teléfono: 877-267-3359
Fax: 866-514-8287
Correo electrónico: FlexHB@trustmarkbenefits.com

R450-2056-SP EVHC