



# AMERICAN BENEFITS GROUP

## RECLAMO DE REEMBOLSO

Por favor haga copias y ahorrar para el futuro la presentación de reclamaciones

Nombre: \_\_\_\_\_ Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Dependent Care/Day Care Expense Claims

Nombre del dependiente (s)	Periodo cubierto		Nombre e Identificación del Contribuyente Número de Proveedor de Servicios	Cantidad incurridos
	De	A		
TOTAL CARE DEPENDIENTE GASTOS DE RECLAMO				\$

Las reclamaciones de gastos médicos (para usted y / o sus dependientes elegibles)

Fecha incurridos	Nombre del Servicio Proveedor	Gastos Descripción	Persona para la cual Gastos que se causen	Cantidad incurridos
TOTAL DE ATENCIÓN MÉDICA DE GASTOS DE RECLAMO				\$

#### LEA CUIDADOSAMENTE

El participante que suscribe en el plan certifica que se incurrió en los gastos cuyo reembolso o pago es reclamado por la presentación de esta forma durante un período, mientras que el que suscribe estaba cubierto bajo el Plan Cafetería de la Compañía con respecto a tales gastos y que los gastos médicos no han sido reembolsados y no serán reembolsados en virtud de cualquier otra cobertura de plan de salud. El suscrito entiende plenamente que él o ella sola es totalmente responsable de la suficiencia, exactitud y veracidad de toda la información relativa a este reclamo que es proporcionada por el suscrito, y que a menos que un gasto para el que se solicite un pago o reembolso es un gasto adecuado bajo el Plan, el abajo firmante puede ser responsable del pago de todos los impuestos relacionados, incluyendo, estado o ciudad impuestos federales sobre los montos pagados por el Plan que se refiere a tales gastos.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor, envíe este formulario de reclamación junto con documentos de prueba.  
(Los recibos deben indicar las fechas de servicio, el nombre del proveedor,  
la naturaleza del servicio prestado o producto adquirido, la persona a quien  
El servicio fue proporcionado y el costo del servicio)

Fax Número gratuito: 877-723-0147

No Fax Machine? Email: [claims@amben.com](mailto:claims@amben.com)

Mail a: American Benefits Group, PO Box 1209, Northampton, MA 01061-1209, 800-499-3539

