

**RECLAMACIÓN DE REEMBOLSO  
ROOFERS LOCAL 81  
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE REEMBOLSO DE SALUD**

Nombre \_\_\_\_\_ Seguro Social # \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

**Complete solo las secciones que se aplican al reclamo que está presentando para reembolso. La parte 1 es para gastos médicos no reembolsados, la parte 2 es para la autorización para deducir montos de pago propio de su cuenta HRA para continuar con la cobertura. El pago del reembolso médico se le emitirá una vez al mes, siempre que tenga un saldo en su cuenta HRA. Tenga en cuenta que los fondos HRA son parte del fideicomiso y que el saldo de una cuenta HRA no es un beneficio adquirido.**

-----

**Parte 1: GASTOS MÉDICOS NO REEMBOLSADOS - Envío de Facturas, Explicación de Beneficios u otros documentos.**

Fecha en Que Ocurrió	Nombre del Proveedor de Servicios	Descripción de Gastos	Persona Para Quien se Incurrió en Gastos	Importe Neto
Por favor lea cuidadosamente:			MONTO TOTAL RECLAMADO:	

El participante del plan que firma abajo certifica que todos los gastos por los cuales se reclama reembolso o pago mediante la presentación de este formulario son gastos médicos cubiertos. El abajo firmante comprende plenamente que él o ella es el único responsable de la suficiencia, precisión y veracidad de toda la información relacionada con este reclamo que proporciona el abajo firmante, y que, a menos que un gasto por el cual se reclama pago o reembolso sea un gasto adecuado según del Plan, el abajo firmante puede ser responsable del pago de todos los impuestos relacionados, incluido el impuesto sobre la renta federal, estatal o municipal, sobre los montos pagados del Plan que se relacionan con dicho gasto. Es responsabilidad del miembro conservar copias de todos los formularios de reclamo y recibos para posibles auditorías del IRS.

**El abajo firmante certifica que los gastos médicos anteriores no han sido reembolsados y no son reembolsables bajo ninguna otra cobertura del plan de salud.**

\_\_\_\_\_  
**Firma Del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

-----

**PARTE 2: AUTORIZACIÓN PARA DEDUCIR LA PRIMA DE PAGO POR CUENTA PROPIA DE LA CUENTA DE RESERVA EXTENDIDA**

Mi firma a continuación es una autorización para que el monto de la prima mensual requerido para el autopago del Miembro Activo, la Prima de Jubilado o la cobertura COBRA se deduzca de mi Cuenta HRA. Entiendo que la deducción del pago de mi cuenta HRA continuará solo según los términos de las reglas de autopago y cobertura COBRA del Fondo Fiduciario de Salud y Bienestar de Roofers Local 81. La autorización es para la continuación de la cobertura como se marca a continuación.

Elijo la deducción de la Cobertura Médica requerida: \_\_\_\_\_

Esta autorización permanecerá vigente hasta lo primero de lo siguiente; a) en el momento en que ya no sea elegible para continuar con la cobertura según las reglas de pago por cuenta propia o la cobertura COBRA, b) el saldo de mi cuenta HRA esté agotado o c) rescinda la autorización por escrito. Entiendo que si rescindo esta autorización antes del final del período permitido por las reglas de pago por cuenta propia, no podré optar por usar la cuenta HRA durante el resto de ese período completo.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Empleado**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\*Envíe el formulario completo por correo a: United Administrative Services, P.O. Box 5057 San José, CA 95150  
 A la atención de: Eva Tovar. O envíe formularios y recibos por correo electrónico a [etovar@uastpa.com](mailto:etovar@uastpa.com)