

410 Chickamauga Ave
Oficina 301
Rossville, GA 30741
sfasupport@nifmcp.co



Teléfono (706) 841-7000
Línea gratuita (877) 937-9602
Fax (706) 841-7020
www.nifmcp.com

CUENTA DE FONDOS ESPECIALES FORMULARIO DE SOLICITUD DE PAGO O REEMBOLSO

1. Escribir o imprimir la información (ítems 1 a 8) en la sección de empleados que aparece a continuación. Sólo se puede incluir **un paciente** en un formulario de solicitud. Sin embargo, **se pueden adjuntar reembolsos de más de un proveedor para ese paciente.**
2. Indicar el importe total por el que se presenta la solicitud en los apartados correspondientes.
3. **La documentación de respaldo debe acompañar este formulario de solicitud.** La documentación de respaldo incluye lo siguiente:
 - Declaración(es) explicativa(s) de prestaciones que indique(n) las franquicias, el coseguro, el copago o los importes que superen los gastos habituales y ordinarios de cualquier plan médico u odontológico en el que usted o cualquiera de sus dependientes estén cubiertos o, **si el gasto no está cubierto por su plan médico u odontológico**, las facturas detalladas de médicos, dentistas u otros proveedores por los gastos asegurados.
4. Conservar las copias de la documentación de respaldo para sus registros.
5. Enviar el formulario de reembolso completo y la documentación de respaldo por correo electrónico, fax o en un sobre personal y confidencial a la oficina administrativa en la dirección que se indica arriba.

NOTA: LOS CONCEPTOS POR LOS QUE SE LE REEMBOLSA NO PUEDEN RECLAMARSE COMO DEDUCCIONES O CRÉDITOS EN SU DECLARACIÓN FEDERAL DE LA RENTA.

1. Nombre del empleado	2. No. de Seguro Social		3. Dirección
4. Nombre del paciente	5. Vínculo	6. Sindicato	
7. Nombre(s) del proveedor	8. Tengo cobertura médica a través del Plan de Atención Médica Familiar NECA/IBEW: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		

POR FAVOR APLIQUEN FONDOS DE MI CUENTA DE FONDOS ESPECIALES:

_____ *Reembolso según documentación de respaldo adjunta por la cantidad de \$ _____.
_____ Aplique este importe al pago de COBRA correspondiente al mes de _____.
_____ Importe de auto pago para el mes de _____.
_____ Autorizo a que se deduzcan automáticamente fondos de mi cuenta de fondos especiales y se apliquen a cualquier pago por cuenta propia de horas en el futuro. Reconozco que dichas deducciones automáticas se producirán y no serán reembolsables a menos y hasta que retire esta autorización por escrito y la reciba la oficina administrativa.

***A menos que usted, el afiliado, notifique lo contrario, la prestación que se abonará será la prestación máxima basada en las EOB/Estados de Cuenta que usted haya presentado y en el saldo de su cuenta.**

Certifico que yo y/o las personas que están a mi cargo que reúnen los requisitos necesarios hemos incurrido en los gastos cuyo reembolso se solicita con cargo a la cuenta especial del fondo y declaro que no he deducido ni deduciré dichos gastos en mi declaración individual del impuesto sobre la renta. Asimismo, certifico que ni yo ni las personas a mi cargo que reúnen los requisitos necesarios hemos solicitado el reembolso de los gastos indicados anteriormente a ninguna otra cuenta de reembolso sanitario (HRA), cuenta de gastos flexibles (FSA) o cuenta de ahorros médicos (HSA). No se aceptará ninguna asignación.

Firma del empleado

Fecha