



Health Reimbursement Arrangement (HRA)

HRA Claim Form

Please complete, sign and date this claim form. Attach all appropriate documentation including paid receipt, copy of EOB, prescription, etc. as required by your HRA plan. Your Plan is governed by IRS guidelines. In order to satisfy IRS requirements, certain documentation is needed to process claims. Lack of the Employee's Social Security Number, missing information and / or insufficient documentation will delay the processing of your claim.

PART A CLAIMANT DATA (please print)			
COMPANY NAME:			
LAST NAME	FIRST NAME	MI	SOCIAL SECURITY NUMBER
EMPLOYEE'S MAILING ADDRESS (Street or PO BOX): <input type="checkbox"/> Check here if this is an address change			APT. #
CITY		STATE	ZIP

HOW SHOULD WE CONTACT YOU WITH QUESTIONS REGARDING YOUR CLAIM? (provide phone, etc. based on the box you check)	
<input type="checkbox"/> Phone:	<input type="checkbox"/> Fax:
<input type="checkbox"/> Email:	<input type="checkbox"/> U.S. Mail: <input type="checkbox"/> Check here if address is the same listed above

PART B EXPENSES TO BE REIMBURSED (please print)		
NAME OF PROVIDER and DESCRIPTION OF EXPENSES	DATE	AMOUNT TO BE REIMBURSED
TOTAL:		

*** IMPORTANT: PLEASE READ THE FOLLOWING ***

Do not include amounts paid or eligible for payments under any other health care plan or program, federal, state, or government program, workers' compensation or any other policy of health insurance. All checks and direct deposits will be issued to the enrollee, not to providers or dependents. You will only be reimbursed for the amount totaled above.

PART C CLAIM SUBMISSION (please EMAIL, MAIL, or FAX your claim to:)
FCE Financial Services, 4615 Walzem Road, Suite 300, San Antonio, TX 78218 PHONE: 800-298-7269 FAX: 210-610-5139 EMAIL: HRA@fcebenefit.com

PART D EMPLOYEE'S STATEMENT
<i>I hereby certify that the information contained above in Part B, 'EXPENSES TO BE REIMBURSED', is true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that I am responsible for providing proof to support each claim expense submitted for reimbursement. Any reimbursed expense later discovered to be ineligible for reimbursement will be taxable to me. In addition, I understand that Dependent Care expenses paid with pre-tax dollars cannot be claimed on my income tax return.</i>
EMPLOYEE NAME: _____ DATE: / /



Contrato de Reintegro de Salud (HRA, según sus siglas en inglés)

Formulario de Reclamo HRA

Por favor, complete, firme e indique la fecha en el presente formulario de reclamo. Adjunte la documentación apropiada incluyendo el recibo de pago, copia de EDB (EOB, según sus siglas en inglés), receta, etc. según lo requiera su plan HRA. Su plan está regido por las normas de Servicios de Impuestos Internos (IRS, según sus siglas en inglés). Con el fin de cumplir con los requisitos de IRS, es necesaria determinada documentación para procesar su reclamo. La omisión del Número de Seguro Social del Empleado, toda información faltante y/o documentación insuficiente dilatará el procesamiento de su reclamo.

PARTE A INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE (Por favor, escriba en letra imprenta)			
NOMBRE DE LA EMPRESA:			
APELLIDO	NOMBRE DE PILA	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN POSTAL DEL EMPLEADO (Calle o Apartado Postal): <input type="checkbox"/> Tilde aquí si ha indicado una dirección diferente			APART. #
CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL

¿CÓMO PODEMOS CONTACTARLO SI SURGEN PREGUNTAS SOBRE SU RECLAMO? (proporcione un teléfono, etc., según la indicación que marque con un tilde)	
<input type="checkbox"/> Teléfono:	<input type="checkbox"/> Fax:
<input type="checkbox"/> Correo electrónico:	<input type="checkbox"/> Dirección en Estados Unidos: <input type="checkbox"/> Tilde aquí si la dirección es la misma que indicé anteriormente

PARTE B GASTOS A REINTEGRAR (por favor, escriba en letra imprenta)		
NOMBRE DEL PROVEEDOR y DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS	FECHA	MONTO A REINTEGRAR
TOTAL:		

*** IMPORTANTE: POR FAVOR, LEA LO SIGUIENTE***

No incluya montos pagados o elegibles a ser pagados por otros planes o programas de salud, programa federal, estadual o gubernamental, compensación de empleados u otras políticas de seguro de salud. Todos los cheques y depósitos directos serán emitidos a nombre del titular, no se harán a nombre de proveedores o dependientes. Solamente se le reintegrará el valor total indicado anteriormente.

PARTE C ENVÍO DEL RECLAMO (por favor envíe su reclamo vía CORREO ELECTRÓNICO, CARTA o FAX a:)
FCE Financial Services, 4615 Walzem Road, Suite 300, San Antonio, TX 78218 TELÉFONO: 800-298-7269 FAX: 210-610-5139 CORREO ELECTRÓNICO: HRA@fcebeneft.com

PARTE D DECLARACIÓN DEL EMPLEADO
Por el presente certifico que la información que antecede en la Parte B bajo la denominación 'GASTOS A REINTEGRAR' es veraz y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que soy responsable de proporcionar pruebas que respalden cada monto reclamado que ingrese para reintegro. Todo monto reintegrado que luego resulta no elegible para reintegro será imponible a mí persona. Además, comprendo que los gastos de Cuidado de Dependientes abonados en bruto no pueden ser exigidos en mi declaración de impuestos.
NOMBRE DEL EMPLEADO: _____ FECHA: / /

4615 Walzem Road, Suite 300, San Antonio, TX 78218

TELÉFONO: 800-298-7269 | FAX: 210-610-5139 | CORREO ELECTRÓNICO: HRA@fcebeneft.com | www.fcebeneft.com