

**FOX VALLEY LABORERS HEALTH AND WELFARE FUND**  
2371 BOWES ROAD, SUITE 500, ELGIN ILLINOIS 60123-5523 (847) 742-0900

**FORMULARIO DE RECLAMO FAMILIAR DE BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS**

**NOMBRE DEL MIEMBRO:** \_\_\_\_\_ **SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION DEL MIEMBRO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NUMERO DE TELEFONO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**RELACION:** \_\_\_\_\_ **SEGURO SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**TENGA EN CUENTA QUE:**

- Los gastos que pueden ser reembolsados son aquellos gastos que usted o su dependiente elegible incurran y que no son considerados para pago de beneficios bajo el Plan de Beneficios y Bienestar o cualquier otro grupo del plan.
- Los gastos aplicados a su deducible del año calendario o co-pagos no son elegibles para reembolso.
- Los gastos no reconocido por el IRS como los gastos legítimos de asistencia médica no son elegibles para reembolso.
- Usted debe llenar una forma por paciente, para cada solicitud.
- Por cada fecha de servicio usted debe anexar recibos desglosados del proveedor de servicio que identifique que el paciente recibió el servicio o una copia de la Explicación de Beneficios (EOB por sus siglas en inglés) rechazando los cargos. Mantenga copias de sus recibos o explicación de beneficios ya que estas no se le devolverán.
- El paciente tiene que ser elegible bajo el Plan de Bienestar al momento de incurrir en el gasto.
- Usted debe presentar su reclamo antes de cumplir un año de haber incurrido en dicho gasto.

-----  
Yo elijo los beneficios bajo el Beneficio Familiar Suplementario que sea pagado:

\_\_\_\_\_ A mí (miembro)

\_\_\_\_\_ Al proveedor del servicio

(Si no elige ninguna opción, los beneficios son automáticamente pagaderos al miembro)

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha