



STERLING HSA®

475 14th Street,
Suite 650
Oakland, CA 94612

P.O. Box
71107
Oakland, CA 94612

T: 1.800.617.4729
F: 1.888.410.7361
www.sterlinghsa.com

Formulario de Reclamo Médico HRA

Información Del Empleado *(Letra Imprenta Por Favor)*

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

SSN #

Email

Tel. de Día

Empleador

Por Favor Reembólsenme Por favor Page a mi Proveedor

GASTOS MÉDICOS

(Adjunte documentación comprobante)

Sus recibos deberán incluir todos los siguientes:

Nombre del Proveedor Dirección del Proveedor Cantidad Facturada Servicio Proveído Fecha Actual de Servicio (Fecha de Pago no es suficiente)

PERSONA PARA QUIEN EL GASTO FUE INCURRIDO	FECHA(S) DE SERVICIO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN DE SERVICIO(S)	CANTIDAD
TOTAL GASTOS MÉDICOS				

Lea Cuidadosamente

Certifico que soy un participante en el Plan de Arreglo de Reembolso de Salud (HRA) y confirmo que estos gastos, para cuál reembolso son solicitados, han sido contraídos durante el año que fui cubierto bajo el Plan de HRA. Estos gastos no han sido reembolsados por cualquier otro plan de beneficio. Comprendo que soy responsable de la validez de esta petición y toda la información a que le pertenece. Comprendo que sere´ responsable por impuestos Federales, Estatales o de la Ciudad por cualquier petición sometida por mí que no sea válida y que no reclamaré crédito para gastos reembolsados en mis declaraciones de impuestos.

Firma del Participante

Fecha

Correo Postal a: Sterling HSA, P.O. Box 71107, Oakland, CA 94612
Email a: customer.service@sterlinghsa.com | **Fax a:** 888-410-7361