

FOX VALLEY LABORERS HEALTH AND WELFARE FUND

2400 BIG TIMBER ROAD, BUILDING B, SUITE 206, ELGIN, ILLINOIS 60124-7812

(847) 742-0900

FAMILY SUPPLEMENTAL BENEFIT CLAIM FORM

MEMBER'S NAME: _____ **SSN** _____

MEMBER'S ADDRESS: _____

TELEPHONE NO.: _____

PATIENT NAME: _____

RELATIONSHIP: _____ **SSN** _____

PLEASE NOTE:

- Expenses that may be reimbursed are those expenses you or your eligible dependent incur that are not considered for benefit payment under the Welfare Plan or any other group plan.
- Expenses applied to your calendar year deductible or co-pay amounts are not eligible for reimbursement.
- Expenses not recognized by the IRS as legitimate health care expenses are not eligible for reimbursement.
- You must attach an itemized receipt from the provider of service that identifies the person receiving the service or a copy of the Explanation of Benefit Statement denying the charge. Keep copies of your receipts or benefit statements for your records as they will not be returned.
- Active and Retired members. must be eligible under the Welfare Plan at the time the expense is incurred.
- You must submit your claim no later than one year after the date the expense is incurred.

.....
I elect Benefits under the Family Supplemental Benefit to be payable:

_____ to me (member)

_____ to the provider of service

(If no election is made, benefits are automatically payable to the member)

Member's Signature

Date

FOX VALLEY LABORERS HEALTH AND WELFARE FUND

2400 BIG TIMBER ROAD, BUILDING B, SUITE 206, ELGIN, ILLINOIS 60124-7812

(847) 742-0900

FORMULARIO DE RECLAMO DE BENEFICIOS FAMILIARES SUPLEMENTALES

NOMBRE DEL MIEMBRO: _____ **SEG. SOC.** _____

DIRECCION DEL MIEMBRO: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

PARENTESCO: _____ **SEG. SOC.** _____

SIRVASE NOTAR:

- Los gastos que pueden ser reembolsados son aquellos gastos que incurre usted o su dependiente que no sean cubiertos bajo el Welfare Plan u otro plan de grupo.
- Los gastos aplicados a su deducible para el año de calendario o los copagos que usted hace no califican para ser reembolsados.
- Los gastos que no sean reconocidos por el IRS como legítimos gastos médicos no califican para ser reembolsados.
- Deberá adjuntar un recibo detallado del proveedor de servicios en el cuál se identifique la persona que recibe tales servicios o una copia de la Declaración de Explicación de Beneficios en que el cargo se ha negado. Quédese con una copia del recibo o la negación de beneficios, ya que no se le devolverán.
- El miembro, ya sea activo o jubilado, deberá ser elegible bajo el Welfare Plan a la hora de incurrir el gasto.
- Debe someter su reclamo dentro de un año a partir de la fecha de incurrir el gasto, a más tardar.

Especifico que se hagan pagaderos los Beneficios Familiares Suplementales:

- _____ a mí (el miembro)
- _____ al proveedor de los servicios

(Si no se hace ninguna especificación, los beneficios serán pagados automáticamente al miembro)

Firma del Miembro

Fecha