



## FORMA DE REEMBOLSO PARA SERVICIOS DE VISION

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social o de Identificación: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_

Es una nueva dirección:  Si  No

Por favor proporcione la información siguiente:

Nombre de empleado o dependiente que recibió los servicios \_\_\_\_\_

Fecha de Servicio \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

**\*\*Por favor incluya una factura detallada de los servicios\*\***

**Mande su factura/recibo adjunto con esta forma por correo electrónico a:**

**Monique Maciel – [Monique.Maciel@commercialroofingadmin.com](mailto:Monique.Maciel@commercialroofingadmin.com)**

**Si tiene alguna pregunta encunto a llenar esta forma, no dude en comunicarse con**

**Monique Maciel 208-488-2375**

[www.continentalbenefits.com](http://www.continentalbenefits.com)