

# Formulario de Solicitud para Reembolso



Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Identificación o SS : \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

Cambio de dirección

Teléfono día: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Proporcione el número de teléfono móvil para recibir un mensaje de texto confirmando la recepción del reclamo enviado por fax \_\_\_\_\_

Consulte el reverso para obtener instrucciones y requisitos de documentación. Un formulario de reembolso firmado y fechado debe acompañar a cada reclamo.

## HEALTH FSA/HEALTH REIMBURSEMENT ARRANGEMENT (HRA)

Las reclamaciones enviadas deben incluir:

- Nombre del paciente
- Gastos incurridos (tipo de servicio)
- Monto del gasto
- Nombre y dirección del proveedor
- Fecha del gasto incurrido (fecha en que se proporciona el servicio, no se paga)
- Monto del seguro pagado, si corresponde

**HRA:** Su Plan HRA puede estar limitado a los tipos de gastos médicos que le pueden ser reembolsados. Para una lista de gastos elegibles, favor leer su Resumen de la Descripción del Plan HRA (SPD).

Procesar mis reclamos de atención médica bajo la HRA y los beneficios de Health FSA.

Fecha de Servicio de m/d/a a m/d/a	Nombre del Paciente	Parentesco	Tipo de Cuenta (FSA, HRA)	Descripción del Servicio (por ej. médico, dental, visión, RX)	Nombre de la Droga sin Receta	Propósito de la Droga sin Receta para tratar al paciente (alergia, enfermedad, etc.)	Cantidad de Reembolso Solicitada
						Cantidad Solicitada:	\$

Tarjeta Benny utilizada para esta reclamación  Utilizar reclamaciones para compensar una reclamación de transacción con la tarjeta Benny

## ASISTENCIA FSA PARA DEPENDIENTES

El dependiente debe ser menor de 13 años para ser elegible o un adulto que sea un pariente calificado que esté discapacitado. El gasto debe suceder para que usted y / o su cónyuge puedan trabajar.

Fecha del Servicio De m/d/a a m/d/a	Nombre del Dependiente	Parentesco	Edad	Nombre del proveedor	Cantidad de Reembolso Solicitada
Certifico que presté el servicio tal como se especifica arriba.				Cantidad Solicitada	\$
Firma del proveedor de asistencia al dependiente <i>(Necesaria sólo si no se presenta recibo.)</i>				Fecha:	

Certifico que:

1. Los gastos enumerados los he incurrido yo, mi cónyuge o mis dependientes elegibles (según lo define el IRS)
2. Se han agotado todos los seguros aplicables u otros beneficios del plan médico. Las medicinas sin receta que aparecen en la lista son para tratar una condición médica.
3. Los gastos OTC enumerados son para tratar una afección médica.
4. No deduciré estos reembolsos como crédito fiscal en mi declaración de impuestos federales sobre la renta. No me han reembolsado y no veré el reembolso de los gastos enumerados en ningún otro plan que cubra dichos gastos.
5. Asumiré toda la responsabilidad por impuestos o multas que surjan de cualquier deducción no permitida.
6. Recibí el número de identificación de contribuyente de mi proveedor de cuidado de dependientes. Entiendo que debo proporcionar esta información en mi declaración de impuestos federales sobre la renta.
7. Todos los servicios para los cuales el reembolso o el pago son reclamaciones mediante la presentación de este formulario se proporcionaron durante un período en el que el abajo firmante estaba cubierto por la FSA y / o HRA de la empresa con respecto a dichos gastos.
8. A mi leal saber y entender, todas las declaraciones de este formulario son verdaderas, correctas y completas.

Firma del empleado (Usted debe firmar este formulario para recibir el reembolso)

Fecha

*isolved Benefit Services ha incorporado los Requisitos de Privacidad de la HIPAA para reflejar nuestras prácticas comerciales en cuanto a la cobertura de seguros.*

## INSTRUCCIONES Y REQUERIMIENTOS DE DOCUMENTACIÓN PARA REEMBOLSO FSA Y/O HRA

Si usted decide enviar su reclamación por correo, favor no enviar la misma reclamación por fax. Las reclamaciones se pueden enviar por fax al 800-379-5670. Conserve la confirmación del fax para sus archivos. Si la envía por fax, espere 48 horas antes de consultar el sitio web o de llamar para averiguar el estado de su reclamación.

**Favor leer estas instrucciones antes de completar la primera página de este formulario.**

1. Llenar toda la información solicitada en el Formulario de Reembolso.
2. Firmar y fechar el formulario
3. Adjuntar la documentación apropiada.
4. Conservar copias de este formulario y la documentación para sus archivos de impuestos.
5. Mandar por correo o por email to [fsa@isolvedhcm.com](mailto:fsa@isolvedhcm.com) a isolved Benefit Services.

El IRS no permite copias de cheques, comprobantes de cargo o estados de cuenta como documentación aceptable. Consulte el n. ° 3 a continuación para conocer los requisitos de ortodoncia. Puede combinar miembros de la familia en un formulario. Debe enviar formularios de reembolso separados para los diferentes años del plan.

### Requerimientos de documentación para reembolso de gastos de Asistencia Médica:

1. Para gastos **médicos o dentales** que vayan a ser procesados por su plan de asistencia médica, favor presentar primero los gastos a su administrador del plan de asistencia médica o a su agente de seguro. Luego presente copias de este formulario y la Explicación de Beneficios con toda la documentación de apoyo enumerada arriba. **No** se requiere evidencia de pago del gasto.
2. Si no tiene cobertura de plan de asistencia médica para gastos de **odontología o visión**, presentar una declaración detallada de su proveedor de servicio mostrando el nombre del paciente, nombre y dirección del proveedor, fecha del servicio, descripción del servicio y cantidad del cargo. Para ser reembolsado para soluciones y productos de limpieza de lentes de contacto, puede presentar un recibo de caja, siempre y cuando el recibo muestre una descripción del ítem. De lo contrario, el recibo de caja que usted presente debe ir acompañado de una porción del paquete con el precio para verificar el ítem comprado.

#### 3. Ortodoncia

a. Si su plan prohíbe el pago por adelantado de los gastos de ortodoncia, envíe una copia de la Declaración de veracidad en los préstamos, el contrato de ortodoncia o el acuerdo financiero con su presentación inicial, detallando el período de tratamiento, el pago inicial, el monto del pago mensual y el monto cubierto por el seguro, si corresponde. Si se trata de un gasto recurrente, indíquelo y el pago se realizará automáticamente de forma mensual. Envíe una copia de su cupón de pago mensual y / o recibo detallado cada vez que solicite un reembolso por el tratamiento en curso.

NOTA: el plan puede reembolsar los gastos de ortodoncia pagados por adelantado. La fecha de pago determina el año del plan. Los cargos adicionales, como radiografías, moldes, etc., son reembolsables cuando se incurren. La tarifa de bandas (colocación de brackets / bandas en los dientes) se puede pagar en su totalidad cuando se incurra. Los anticipos se reembolsan una vez que se han pagado y se ha realizado el anillado. Envíe un recibo detallado que muestre el pago inicial.

b. Si su plan permite el pago por adelantado de los gastos de ortodoncia, envíe una copia que muestre el pago de la ortodoncia.

4. Para copagos de prescripción, presentar una copia del recibo del copago de la receta con el nombre del paciente, el nombre de la droga, la fecha en la cual la prescripción se despachó, para poder verificar el nombre del paciente y el tipo de droga. No se pueden aceptar recibos de recetas de la caja registradora o comprobantes de cargo que muestren la receta y el monto cobrado, ya que se requieren el nombre del paciente y el nombre o número del medicamento.
5. Para **drogas sin prescripción**, debe indicar el nombre de la droga y su propósito para tratar al paciente. Todas las reclamaciones para drogas sin receta deben ser acompañados por un recibo detallado. Si presenta un recibo de caja, debe incluir: nombre y dirección del proveedor (farmacia o mercado); fecha de compra, nombre de la droga sin receta (si el nombre de la droga/medicina no aparece en el recibo de caja, debe presentar una porción del paquete con el nombre y el precio de la droga con el recibo de caja.) Favor notar: algunas drogas sin receta no son elegibles para reembolso, a no ser que exista una condición médica específica. Si su solicitud para reembolso es para una de las drogas enumeradas abajo, la solicitud debe incluir la recomendación de un médico para la compra y un listado del estado médico.

u Drogas compradas por razones cosméticas (Rogaine, etc.)

u Drogas para perder peso

u Drogas compradas por razones de salud generales (vitaminas, etc.)

A partir de Enero 1 del 2011, las medicinas sin receta no tendrán derecho a reembolso bajo la Cuenta de Salud Flexible (FSA) o la cuenta de Arreglos de Reembolso de Salud (HRA) sin una Prescripción de doctor.

### Requerimientos de documentación para reembolso de Asistencia para Dependientes:

1. Complete el Formulario de reembolso de la FSA, pídale al proveedor que lo firme y coloque la fecha y envíelo a Servicios de Beneficios resueltos
2. Complete el Formulario de reembolso de la FSA y adjunte la documentación que debe incluir el nombre y la dirección del proveedor, el nombre del dependiente, las fechas del servicio y el monto del gasto. Un cheque cancelado es documentación insuficiente.

#### IMPORTANTE:

- Las reclamaciones deben incurrirse en su totalidad antes del reembolso. Los Servicios de Beneficios resueltos no pueden procesar reclamos para fechas futuras de servicio, excepto como se indica arriba.
- Algunos gastos asociados con el cuidado de dependientes no son elegibles (campamento de noche, costos de comida y transporte). Si presenta cargos por un campamento diurno, la documentación debe demostrar que se trata de un campamento diurno.
- Debe proporcionar al IRS el nombre, la dirección y la identificación fiscal o el número de seguro social del proveedor de cuidado de dependientes en su declaración de impuestos federales sobre la renta. Si no puede proporcionar esta información, el IRS puede negar la exclusión de la cuenta de gastos de cuidado de dependientes.

**APELACIÓN DE LA RECLAMACIÓN:** Si su reclamación es denegada en su totalidad o en parte, puede apelar solicitando una revisión de la reclamación denegada. Su solicitud debe estar por escrito y debe ser presentada de acuerdo con las instrucciones establecidas en la notificación de denegación dentro de los 180 días después de haber recibido la notificación de denegación. Si hay dos niveles de apelación, usted tendrá una cantidad razonable de tiempo descrito en la notificación de denegación en el cual solicitar una segunda revisión por el Administrador del Plan. Usted será notificado por escrito de la decisión sobre la revisión tan pronto sea razonablemente posible, pero no más de 60 días después de recibida la solicitud para la revisión.

**Confirmación de reclamo:** Puede ver el estado de su reclamo en cualquier momento en [www.isolvedbenefitservices.com](http://www.isolvedbenefitservices.com) (haga clic en iniciar sesión y luego seleccione Participante de FSA o HRA). Si envía su reclamo por correo, no lo envíe por correo electrónico. Envíe las reclamaciones por correo electrónico a [fsa@isolvedhcm.com](mailto:fsa@isolvedhcm.com) y conserve la confirmación para sus registros. Espere dos días hábiles antes de consultar el sitio web o llamar para conocer el estado de las reclamaciones enviadas por fax.

IMPORTANTE: Por favor submita todos los recibos en Inglés.