

Formulario de Solicitud para Reembolso

Nombre del empleado: _____ Identificación o SS : _____ Empleador: _____

Dirección: _____ Teléfono día: _____
Numero/Calle Ciudad Estado Código Postal

E-mail: _____

- Cambio de dirección Tarjeta Benny de Infinisource utilizada para este reclamo Usar este reclamo para compensar una transacción

HEALTH FSA/HEALTH REIMBURSEMENT ARRANGEMENT (HRA)

Asistencia Médica FSA: Todas las reclamaciones deben ser presentadas con la documentación de soporte que contenga lo siguiente: **nombre del paciente, nombre y dirección del proveedor, gasto en el que se incurrió (tipo de servicio), fecha en que se incurrió en el gasto (la fecha en la que se prestó el servicio, no cuando se hizo el pago) y cantidad del gasto.** Si la solicitud es por una droga que se vende sin receta, debe indicar el nombre de la droga y su propósito para tratamiento del paciente. Todas las reclamaciones por drogas sin receta deben venir acompañadas de un recibo detallado. Favor ver en el anverso los requisitos de la documentación. Si su agente de seguros, HMO, o administrador del plan de asistencia médica estará procesando cualquiera de estos cargos, adjunte una copia de la Explicación de Beneficios del agente de seguros con toda la documentación de soporte que se enumera arriba.

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 (RDP).

Fecha de Servicio de m/d/a a m/d/a	Gastos Por		Tipo de Cuenta		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
	Nombre del Paciente	Parentesco	FSA	HRA				
/ / a / /								
/ / a / /								
/ / a / /								
/ / a / /								
/ / a / /								

Cantidad Solicitada: \$ _____

Tarjeta Débito utilizada para la reclamación FSA: Sí No

ASISTENCIA FSA PARA DEPENDIENTES

Presente las reclamaciones para dependientes utilizando uno de los métodos siguientes:

- Llene el Formulario de Solicitud de Reembolso FSA, hágalo firmar del proveedor de asistencia para dependientes y póngale la fecha. Preséntelo a Infinisource, Inc. para reembolso.
- Llene el Formulario de Solicitud de Reembolso FSA y adjunte la documentación de soporte, la cual debe incluir: **nombre y dirección del proveedor, nombre(s) del/los dependiente(s), fechas del servicio y cantidad del gasto.**

Un formulario de reembolso, firmado y fechado, debe acompañar cada reclamación.

Fecha del Servicio De m/d/a a m/d/a	Nombre del Dependiente	Parentesco	Edad	Nombre del Proveedor de Asistencia	Cantidad de Reembolso Solicitada
/ / a / /					
/ / a / /					
/ / a / /					

Certifico que presté el servicio tal como se especifica arriba.

Cantidad Solicitada: \$ _____

Firma del proveedor de asistencia al dependiente (**Necesaria sólo si no se presenta recibo.**) _____

Fecha _____

Certifico que:

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> Yo o mis dependientes elegibles incurrimos en los gastos arriba descritos (como los define el IRS). Todos los beneficios de seguros o de otros planes de salud han sido agotados. Las medicinas sin receta que aparecen en la lista son para tratar una condición médica. No deduciré estos reembolsos como crédito de impuestos en mi Declaración de Renta y no buscaré el reembolso de los gastos arriba enumerados en ningún otro plan que cubra dichos gastos. | <ol style="list-style-type: none"> Asumo toda responsabilidad por los impuestos y las sanciones que surjan de cualquiera de las deducciones rechazadas. He recibido el #ID de contribuyente de mi proveedor de asistencia para mi dependiente. Entiendo que debo proveer esta información en mi Declaración de Renta Federal. Todos los servicios por los cuales se reclama el reembolso o el pago mediante la presentación de este formulario fueron prestados durante un periodo en el cual el firmante estaba cubierto por la FSA de la empresa y/o la HRA con respecto a dichos gastos. |
|---|--|

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

Fecha _____

Sí, participo tanto en la HRA como en la FSA de salud y quiero que Infinisource, Inc. procese mis reclamaciones de asistencia médica según ambos beneficios.

Infinisource ha incorporado los Requisitos de Privacidad de la HIPPA para reflejar nuestras prácticas comerciales en cuanto a la cobertura de seguros.

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

Confirmación de la reclamación: Usted puede fácilmente ver el estatus de su reclamación 24 horas al día, 7 días a la semana, consultando el sitio web en www.benefitsolved.com (Seleccione Participante FSA o HRA de la conexión del menú desplegable). 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 fax a Infnisource.

Debe firmar y fechar el formulario de reclamación y adjuntar una copia de la cuenta, factura u otra declaración escrita de terceros con el nombre del paciente, nombre y dirección del proveedor, una descripción de cada gasto, la fecha en la cual se incurrió y la cantidad del gasto. *El IRS no permite copias de cheques ni comprobantes de crédito, extractos de "saldo anterior" y/o "saldo previo" como documentación aceptable.* (Para requerimientos de ortodoncia, ver el ítem #3 abajo.) Puede combinar miembros de la familia en un solo formulario. Debe presentar formularios de reembolso por separado para diferentes años de 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:** Para gastos de ortodoncia, favor presentar una copia de la Declaración de Divulgación de Información, contrato de ortodoncia o acuerdo financiero con su presentación inicial detallando el periodo de tratamiento, desembolso, cantidad de pagos mensuales y la cantidad cubierta por el seguro, si la hay.
Presente una copia de su cupón de pago mensual y/o un recibo detallado cada vez que solicite reembolso para tratamiento continuo. NOTA: El plan no puede reembolsar un servicio a futuro o una porción de tratamiento realizado en un año de plan diferente.

La documentación debe incluir el costo total del tratamiento (incluido cualquier descuento), cantidad pagada por seguro, suma de los Aparatos Correctores, fecha de su colocación y duración de tratamiento.

Suma Total de Tratamiento (_____) Menos Seguro Total (_____) Menos Descuentos (_____) y Menos Sumas de Aparato Corrector /Retención (_____), Dividido POR Duración del Tratamiento (_____ meses) Equivale a Responsabilidad Mensual Elegible (_____). También se requiere: **Fecha de colocación del Aparato Corrector:_____**. Cualquier suma adicional tales como Rayos X, moldes, etc., son reembolsables cuando incurridos. La suma del Aparato Corrector (suma pagada para fijar aparatos correctores en los dientes) se puede pagar en su totalidad cuando se hace el gasto. Los "Desembolsos" se reembolsan después de que estos se hayan hecho. Favor presentar un recibo detallado mostrando el desembolso.

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.
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.

6. Para otros gastos, siempre presente declaraciones detalladas. Una carta de necesidad médica podrá ser necesaria para acompañar algunos gastos (por ej., terapia de masajes y procedimientos cosméticos).

Requerimientos de documentación para reembolso de Asistencia para Dependientes:

Las Opciones para reembolso como aparece en la primera página.

Llenar el Formulario de Solicitud de Reembolso FSA y solicitar firma y fecha al proveedor de asistencia al dependiente. Presentarlo a Infnisource para reembolso.

- U Llenar el Formulario de Solicitud de Reembolso FSA y adjuntar documentación de apoyo que debe incluir: **nombre y dirección del proveedor, nombre(s) de dependiente(s), fechas de servicio, y cantidad del gasto.**

IMPORTANTE:

- U El plan puede reembolsar meses pasados o en curso únicamente. No podemos procesar reclamaciones para fechas de servicio más allá del día en curso.
- U Algunos gastos asociados con la asistencia del dependiente so son elegibles, incluyendo costos de campamento de un día para otro, alimento, y transporte. Si usted esta presentando gastos para un campamento de día, favor asegurarse de que la documentación indique que es un campamento de día.
- U Debe proporcionar al IRS con el nombre, dirección y número de identificación de impuestos (o Número de Seguridad Social) del proveedor de asistencia para el dependiente en su declaración de renta federal. Si usted es incapaz de proporcionar esta información, el IRS podrá negar la exclusión para la cuenta de gastos de asistencia para el dependiente.

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.

IMPORTANTE: Por favor submita todos los recibos en Inglés.