

Formulario de Solicitud de Reembolso de la Cuenta FSA o HRA

Instrucciones

Por favor proporcione toda la información solicitada al reverso de este documento y siga las instrucciones indicadas a continuación. Este formulario se utiliza para solicitar el reembolso de los gastos elegibles para el cuidado de la salud y el cuidado de dependientes. Es posible utilizar un formulario para varios gastos. Usted puede enviar su solicitud de reclamación electrónica a través de MyFlex en <https://hrbenefitsdirect.com/PSA/signIn.aspx> o puede enviarla por correo o fax. Solamente es necesario enviar la solicitud de reclamación por uno de estos métodos. Si usted tiene alguna duda o si necesita ayuda para llenar el formulario, por favor llámenos a los teléfonos (541) 485-7488 o (800) 422-7038 y con gusto le ayudaremos.

Para conocer una lista de gastos elegibles, por favor consulte la sección "Examples of Eligible Expenses (Ejemplos de Gastos Elegibles)" en nuestra página de "Forms and Fliers (Formularios y Folletos)" en https://psa.pacificsource.com/Forms_Flex.aspx.

Gastos del Cuidado de la Salud para las Cuentas FSA o HRA

1. Después de llenar el Formulario de Solicitud de Reembolso, adjunte una copia de la Explicación de Beneficios (EOB) de su compañía aseguradora o de la factura/historial de la cuenta que corresponda a los servicios recibidos. La documentación que usted proporcione debe incluir:
 - a. la fecha en que se incurrió el servicio (no necesariamente es igual a la fecha del pago)
 - b. una breve descripción del servicio o producto
 - c. el monto pagado por el servicio
 - d. el monto que debe pagar el paciente (la cantidad adeudada al proveedor o al comercio) por el servicio o producto después de que el seguro haya realizado un pago (en caso de que el gasto haya sido facturado a la aseguradora)
2. Si el seguro ha cubierto parcialmente el costo de un servicio, envíe una copia de la Explicación de Beneficios que recibió de la compañía aseguradora. Usted solamente debe solicitar el monto que realmente pagará por el servicio. PacificSource Administrators no le reembolsará cualquier monto que vaya a ser pagado por el seguro.
3. Se requiere de una verificación externa; por lo tanto, no es posible utilizar cheques cancelados y/o copias de cheques como documentación.
4. Por favor conserve los originales de las facturas y los formularios que usted envíe, ya que le servirán como un registro para sus impuestos personales. Nosotros conservamos los documentos en formato electrónico y destruimos los originales después de procesarlos; por lo tanto, no podremos devolverle los originales. Los Formularios de Solicitud de Reembolso que estén incompletos o aquellos que se reciban sin la documentación adecuada no podrán ser procesados. Si esto sucede, usted recibirá una carta o explicación.
5. En ciertos casos, es posible que sea necesario obtener declaraciones de su proveedor de servicios de salud para verificar la necesidad médica del procedimiento o la prescripción. Por favor llámenos si usted tiene alguna duda.

Gastos para el Cuidado de Dependientes

6. Después de llenar el Formulario de Solicitud de Reembolso, adjunte una copia de la factura donde se indique el nombre del proveedor, las fechas del servicio y el monto que usted debe pagar. Es posible solicitar el reembolso de los gastos para el cuidado infantil para niños de hasta 13 años de edad.
7. Se requiere de una verificación externa; por lo tanto, no es posible utilizar cheques cancelados y/o copias de cheques como documentación. Si su proveedor de servicios para el cuidado diurno no le proporciona documentación alguna, entonces será necesario que él/ella firme el formulario cada vez que usted envíe una reclamación. (No se aceptan firmas fotocopiadas). En ciertos casos, es posible que sea necesario obtener declaraciones de su proveedor de servicios de salud para verificar la necesidad médica del centro de cuidado diurno para adultos. Por favor llámenos si usted tiene alguna duda.
8. Por favor conserve los originales de las facturas y los formularios que usted envíe, ya que le servirán como un registro para sus impuestos personales. Consulte el punto #4 anterior para obtener mayor información.

Por favor llene el formulario y envíelo a PacificSource Administrators, PO Box 2797, Portland, OR 97208; (541) 485-7488, (800) 422-7038; fax (866) 446-6090



Formulario de Solicitud de Reembolso de la Cuenta FSA o HRA

Empleado

Empleador _____ # de ID del Miembro (11 dígitos) _____
 Apellido del Empleado _____ Primer Nombre _____ Inicial 2do Nombre _____
 Dirección Postal _____ Marque el recuadro si es dirección nueva
 Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono Principal _____ Teléfono Secundario _____
 Email _____

Gastos del Cuidado de la Salud (aquellos que **no** sean cargados a su tarjeta Benny™)

De acuerdo con los lineamientos del Servicio de Recaudación de Impuestos (IRS), por favor adjunte la documentación apropiada (consulte la explicación al reverso). Es posible utilizar un formulario para varios gastos. Por favor no envíe la documentación original. Si usted está inscrito en una cuenta FSA y una cuenta HRA y desea recibir un reembolso automático de acuerdo con las especificaciones de su plan, por favor marque ambas cuentas (FSA y HRA). Ambas cuentas se seleccionan de manera predeterminada.

FSA	HRA	SPA	Fecha del Servicio	Monto	Descripción
			_____	\$ _____	_____
			_____	\$ _____	_____
			_____	\$ _____	_____
			_____	\$ _____	_____
			_____	\$ _____	_____
Reembolso total (agregue los montos)				\$ _____	

Si usted tiene algún gasto que expresamente no desee procesar a través de ambos planes, entonces indique FSA o HRA. Muchas cuentas HRA solamente permiten el pago de las prescripciones que apliquen como parte de su deducible. Por favor envíe una Explicación de Beneficios (EOB) para cada prescripción. Si usted desea que la prescripción sea pagada de su cuenta FSA porque sabe que no es elegible para la cuenta HRA, seleccione el recuadro FSA.

Gastos para el Cuidado de Dependientes (cuidado infantil y/o preescolar hasta los 13 años de edad, cuidado diurno para adultos dependientes)

Edad del Niño(a)	Fechas del Servicio	Monto	Firma del Proveedor (consulte el reverso para conocer los requerimientos)
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
Reembolso total (agregue los montos)		\$ _____	

Autorización

Certifico que la información proporcionada en este formulario es completa y verdadera según mis conocimientos. Solamente estoy solicitando el reembolso de los gastos elegibles incurridos en beneficio de los participantes elegibles del plan durante el año del plan aplicable. Certifico que estos gastos no han sido, ni se espera que sean, reembolsados bajo este o cualquier otro plan de beneficios y que no serán considerados como una deducción para el pago de impuestos sobre ingresos. He leído y comprendo la información provista al reverso de este formulario. Autorizo que el monto arriba solicitado sea deducido de mi cuenta de gastos flexibles o de mi cuenta de reembolso de la salud.

Firma del Empleado _____ Fecha _____