



# Formulario de reclamo de cuenta de reembolso

Envíe el formulario completo y la documentación por correo o fax a:  
PayFlex Systems USA, Inc.  
PO Box 3039  
Omaha, NE 68103-3039  
Fax: 1-855-703-5305  
Página 1 de

Para evitar demoras en el pago del reclamo, debe firmar, colocar la fecha y completar este formulario. También debe incluir documentación de respaldo. ¡ESPERE! ¿Sabía que puede presentar un reclamo en línea? Inicie sesión en [www.HealthHub.com](http://www.HealthHub.com). En *Quick Links* (Enlaces rápidos), seleccione

[File a Claim \(Presentar un reclamo\)](#).

También puede encontrar instrucciones en línea para completar este formulario.

Número de identificación de miembro (número asignado por el empleador o identificación de trabajo)	Nombre completo del miembro (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)
Dirección del miembro (calle, ciudad, estado, código postal)	

**Nota:** Si cambió de dirección, notifique a su empleador. Por motivos de seguridad, solo podemos aceptar cambios de dirección de su empleador.

Nombre del empleador
----------------------

### Gastos de atención de salud (para usted, su cónyuge y sus dependientes)

Coordinación de beneficios: ¿Tienen usted, su cónyuge o dependiente cobertura con otro plan? Esto incluye cualquier plan médico, dental, de medicamentos recetados o de la visión que no sea su cobertura primaria.	<input type="checkbox"/> Sí (debe incluir una copia de la Explicación de beneficios [EOB] para cada fecha de servicio).	<input type="checkbox"/> No
---	---	-----------------------------

<input type="checkbox"/> Reembolso mensual automático para gastos de ortodoncia: para programar reembolsos automáticos, marque este casillero. Incluya una copia de su contrato de ortodoncia con este formulario. <b>Nota:</b> Para los reembolsos automáticos mensuales, solo debe enviar este formulario y el contrato una sola vez.
---

Nombre del paciente	Tipo de servicio (deducible, dental, médico, ortodoncia, artículos de venta libre, medicamentos recetados, de la visión)	Desde la fecha de servicio (no la fecha de pago) MM/DD/AAAA	Hasta la fecha de servicio (no la fecha de pago) MM/DD/AAAA	Monto solicitado
				\$
				\$
				\$
				\$
<b>Total</b>				<b>\$ 0</b>

\*\* Si necesita más líneas, complete otro formulario. Puede encontrar formularios de reclamo en [www.HealthHub.com](http://www.HealthHub.com). Allí ingrese a My HealthHub Resources (Mis recursos de HealthHub) y seleccione Administrative Forms (Formularios administrativos). Adjunte la documentación correspondiente para cada reclamo.

### Gastos de atención para dependientes (niños o adultos)

Si su proveedor de cuidados completa el formulario y firma más abajo, no deberá incluir un estado de cuenta detallado.

\*\*Si desea realizar una solicitud para varios dependientes, debe enumerar cada dependiente en una línea diferente\*\*.

Fechas exactas de servicio		Monto solicitado (obligatorio)	Nombre y apellido de la persona que califica (completar en letra de imprenta)	Edad a la fecha de servicio (obligatorio)	La persona que califica es menor de 13 años O tiene una incapacidad física o mental que no le permite cuidarse a sí mismo debido a una enfermedad diagnosticada y es mayor de 12 años*. Marque esta opción si la respuesta es afirmativa.
Desde MM/DD/AAAA	Hasta MM/DD/AAAA				
		\$			<input type="checkbox"/> Sí
		\$			<input type="checkbox"/> Sí
		\$			<input type="checkbox"/> Sí
		\$			<input type="checkbox"/> Sí
<b>Total</b>		<b>\$ 0</b>	<b>* No es necesario que presente una prueba de la enfermedad diagnosticada.</b>		

Información/certificación del proveedor de cuidados Mi firma certifica que he proporcionado los servicios correspondientes a estos gastos para _____ (Nombre de la persona que califica) Nombre (debe estar en letra de imprenta) _____ Familiar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Firma del proveedor _____	Información/certificación del proveedor de cuidados (Nota: Esto es para el segundo proveedor de cuidados, si tuvo más de uno). Mi firma certifica que he proporcionado los servicios correspondientes a estos gastos para _____ (Nombre de la persona que califica) Nombre (debe estar en letra de imprenta) _____ Familiar: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Firma del proveedor _____
--	--

Para FSA de atención de salud: Certifico que yo, mi cónyuge o mi dependiente elegible hemos realizado cada gasto detallado en este formulario. Estos gastos son de atención médica elegible. No tienen fines cosméticos. Entiendo que "realizado" significa que el servicio ya fue provisto.

Para FSA de atención de dependientes: Certifico que yo realicé los gastos de Atención de Dependientes para que yo y, de estar casado, mi cónyuge podamos trabajar. Estos gastos son para mi persona que califica. Califican como gastos elegibles de mi plan y no tienen fines educativos para asistir al jardín de infancia o un nivel superior. Entiendo que "realizado" significa que el servicio ya fue provisto. No dependen de la fecha en que se me factura o cobra el servicio, ni de la fecha en que pago por este. Reconozco que deberé informar el nombre, la dirección y el número de identificación fiscal del proveedor de cuidados en el Formulario 2441.

No he recibido un reembolso por ninguno de estos gastos. No solicitaré reembolsos de ninguna otra fuente, incluida una Cuenta de ahorros de atención de salud (Health Savings Account, HSA). Si recibo un reembolso, yo y (si estoy casado) mi cónyuge no presentaremos reclamos por los mismos gastos en nuestro impuesto federal sobre la renta. He recibido y leído el material impreso del plan de FSA o FSA limitada. Acepto todos los términos y condiciones del plan. Cualquier persona que, de manera consciente y con intención de defraudar, presente una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito.

Firma del empleado	Fecha
--------------------	-------

Si envía su reclamo por correo, guarde una copia de este formulario de reclamo y la documentación de respaldo. No le devolveremos estos documentos.