



# Formulario de pedido de desembolso de reclamo de la Cuenta de Gastos Flexibles (FSA)

## INFORMACIÓN DE LA EMPRESA (ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA)

Nombre de la empresa

División (de ser aplicable)

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA)

Apellido

Teléfono particular ( ) -

Primer nombre

Teléfono secundario ( ) -

Nº de la Seguridad Social (o identificación alternativa del empleado)

Dirección de correo electrónico (Para notificaciones de la cuenta)

Domicilio

Ciudad

Estado

CP

Si su reclamo incluye gastos realizados por un cónyuge o dependientes elegibles, complete la siguiente información:

NOMBRE	RELACIÓN CON EL EMPLEADO	FECHA DE NACIMIENTO
		/ /
		/ /
		/ /

## SOLICITUD DE REEMBOLSO (ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA)

Detalle sus gastos calificados a continuación. **NO incluya los gastos reembolsados por otro medio.**

### ATENCIÓN MÉDICA – CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

Adjunte copias de las facturas, los recibos y la Explicación de Beneficios (EOB) u otra documentación relativa al reclamo. La siguiente documentación debe incluir la fecha y la descripción del servicio y el monto del gasto. Los cheques cancelados o los recibos/resúmenes de cuenta de tarjeta de crédito NO constituyen prueba fehaciente de su reclamo.

<b>FECHA DE RANGO DE SERVICIOS</b>	Desde / / hasta / /	<b>Solicitud de reembolso por atención médica TOTAL</b>  \$ _____  (EXIGIDA)
<b>DESCRIPCIÓN</b> (Describa brevemente los servicios detallados a continuación – por ej: radiografía, copago, solución para lentes de contacto, etc.)		
<b>IMPORTANTE:</b> Si se trata de una Cuenta de Gastos Flexibles limitada de atención médica limitada - Sólo presente reclamos por gastos odontológicos u oftalmológicos		

### ATENCIÓN DIURNA PARA DEPENDIENTES – CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)

SE EXIGE la siguiente información: Nombre del comercio; fechas de servicio y monto del gasto, ya sea un recibo/una factura O la firma de su prestador a continuación. **NOTA:** Los cheques cancelados sólo se aceptan para los gastos de atención diurna para dependientes; los recibos/resúmenes de cuenta de tarjeta de crédito NO constituyen prueba fehaciente de su reclamo.

<b>FECHA DE RANGO DE SERVICIOS</b>	Desde / / hasta / /	<b>Solicitud de reembolso por atención diurna para dependientes TOTAL</b>  \$ _____  (EXIGIDA)
<b>IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA DEL PRESTADOR o No DE SEG. SOCIAL</b>	<b>EMPRESA O NOMBRE DEL PRESTADOR</b>	
<b>Firma del prestador de atención diurna para dependientes:</b>	<b>Fecha</b> / /	

## CERTIFICACIÓN DE RECLAMO

Certifico que estos gastos por los cuales solicito reembolso en mi Cuenta de Gastos Flexibles han sido realizados por mí, mi cónyuge o mi/s dependiente/s elegible/s y no son pagaderos por medio de ningún otro plan/programa de beneficios. No reclamaré la acreditación de estos gastos en mi declaración impositiva de ingresos individual.

Firma	Fecha / /
-------	-----------

## Cuenta de Gastos Flexibles

### Instrucciones para reembolso por reclamo

1. **Complete toda la información de la empresa y del empleado de la portada (escriba en letra imprenta/tipee).** NOTA: Incluya su dirección de correo electrónico si desea recibir una notificación automática por correo electrónico cuando se ingrese un reclamo en nuestro sistema y cuando se apruebe un reembolso para que se le realice un pago.
2. **Adjunte documentación respaldatoria.** Esta solicitud debe estar acompañada de una copia de un recibo o EOB por cada reclamo presentado para el reembolso. *No resalte ninguna parte de su recibo.* Asegúrese de conservar sus facturas, recibos, y otros comprobantes originales para su registro. Los recibos se destruyen diariamente. Todas las solicitudes deben incluir la siguiente información para resultar elegibles para el reembolso:
  - Fecha original del servicio (no la fecha de pago)
  - Descripción del servicio prestado (remítase a la lista de gastos elegibles para identificar los servicios válidos)
  - Nombre y domicilio del prestador (Si presenta recibos por gastos de atención diurna para dependientes)
  - Monto que ha abonado (no incluya los montos reembolsados por otro medio)
3. **Atención médica – Solicitud de reembolso de la Cuenta de Gastos Flexibles:** Complete toda la información exigida (*por ej.: Monto total de la solicitud de reembolso*) y adjunte los comprobantes del gasto según se detalla más arriba. *Los cheques cancelados NO se aceptan como comprobantes de pago. La Cuenta de Gastos Flexibles limitada de atención médica sólo reembolsa reclamos por gastos odontológicos u oftalmológicos*
4. **Atención diurna para dependientes – Solicitud de reembolso de la Cuenta de Gastos Flexibles:** Complete toda la información exigida (*por ej.: Monto total de la solicitud de reembolso*) y adjunte los comprobantes del gasto según se detalla más arriba. *Nota: Los cheques cancelados se aceptan como comprobantes de pago.*
5. **DEBERÁ firmar y fechar la** sección de “**CERTIFICACIÓN DEL RECLAMO**” que aparece en el anverso de esta página.
6. Envíe el presente formulario por **fax o correo postal** y la documentación respaldatoria directamente a Chard Snyder:
  - Fax:** 888.245.8452 (**NO incluya portada de fax**)
  - Correo Postal:** PO Box 2905, Fargo, ND 58108-2924
7. Si tiene alguna duda, puede contactarse con nosotros:
  - Llame al servicio de atención al cliente:** 800.284.8412
  - Visite nuestro sitio web:** [www.benefit-info.com/csn](http://www.benefit-info.com/csn)
8. Recordatorios **importantes:**

Todas las solicitudes se guardan como imágenes electrónicas. Para asegurarse de que su reclamo sea procesado lo antes posible y evitar demoras:

  - NO use portada de fax al enviarlas por ese medio
  - NO resalte ninguna parte de su recibo, factura, etc.
  - Sólo envíe copias de recibos, facturas, etc. (Conserve sus originales)
  - Si tiene varios recibos, debe reunirlos todos en un solo formulario de reclamo
  - Los pagos se emiten luego de su recepción y procesamiento, sujeto a aprobación del reclamo
  - Los reclamos no pueden abonarse por transferencia entre cuentas (atención médica de atención diurna para dependientes y viceversa)
  - Los conceptos por los que se le realice un reembolso no pueden volver a reclamarse como deducciones o créditos en su declaración impositiva individual al final del ejercicio fiscal
  - Los reclamos por atención diurna para dependientes sólo se reembolsarán por el monto que tenga en su cuenta al momento de su reclamo. Si su reclamo es por un monto mayor que el del saldo de su cuenta, el resto de su reclamo se abonará cuando se sume más dinero.
  - Sólo podrán reembolsarse los gastos elegibles en los que haya incurrido durante el año del plan en curso.  
*Nota: Los gastos por ortodoncia se reembolsan del modo dispuesto por el prestador.*
  - El pago se le realizará directamente a usted. Los pagos no pueden realizarse a un prestador ni a otra persona.