



Formulario de reclamo del acuerdo de reembolso de salud/acuerdo de reembolso de retiro

Envíe el formulario completo y la documentación por correo o por fax:

PayFlex Systems USA, Inc.
P.O. Box 4000
Richmond, KY 40476-4000
Fax: (888) 238-3539
Página 1 de _____

Las personas con dificultades de audición deben llamar al 1-877-703-5572.

Para evitar demoras en el pago de los reclamos, debe firmar, poner fecha y completar este formulario. También debe incluir documentación de justificación.
¡Atención! ¿Sabía que puede presentar el reclamo en línea? Ingrese en www.PayFlexDirect.com, a la que también tiene acceso a través de Aetna Navigator®, seleccione File a Claim (Presentar un reclamo) entre los Quick Links (Enlaces rápidos). También puede encontrar instrucciones en línea para completar este formulario.

Número de identificación de miembro: <i>(Número asignado al empleador/miembro o W ID)</i>	Nombre completo del miembro: <i>(apellido, nombre, inicial del segundo nombre)</i>
Dirección del miembro: <i>(calle, ciudad, estado, código postal)</i>	

Nota: Si cambia de dirección, informe a su empleador. Por cuestiones de seguridad, solo podemos aceptar que su empleador informe los cambios de dirección.

Nombre del empleador:

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

Coordinación de beneficios ¿Tiene usted, su cónyuge o su dependiente cobertura según otro plan? Esto incluye todo plan médico, dental, de medicamentos con receta o de servicios para la visión que no sea su cobertura primaria.

Sí (debe incluir una copia de la EOB [Explanation Of Benefits, Explicación de beneficios] para cada fecha de servicio) **No**

Reembolso mensual automático para gastos de ortodoncia: Para programar los reembolsos automáticos, marque esta casilla. Incluya una copia de su contrato de servicios de ortodoncia con este formulario. **Nota:** Para obtener reembolsos mensuales automáticos, usted solo debe enviar este formulario y el contrato una vez.

Nombre del paciente	Tipo de servicio <small>deducible, dental, médico, ortodoncia, medicamento de venta libre, medicamento con receta, visión)</small>	Desde la fecha de servicio <small>(no la fecha de pago) MM/DD/AAAA</small>	Hasta la fecha de servicio <small>(no la fecha de pago) MM/DD/AAAA</small>	Monto solicitado
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
Total				\$

**** Si necesita más líneas, complete otro formulario.** Puede obtener formularios de reclamo en www.PayFlexDirect.com, a la que también tiene acceso a través de Aetna Navigator, y en MyPayFlexDirect Resources (Recursos de MyPayFlexDirect) seleccione Administrative Forms (Formularios administrativos). Acompañe cada formulario con la documentación correspondiente.

Gastos de prima del seguro

NOTA: Para primas de Medicare (deducidas de su cheque del Seguro Social): Si esta es la primera vez en este año calendario que solicita el reembolso de primas, adjunte una copia de su *Aviso de inscripción en el seguro médico y deducción de las primas* del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Después de eso, solo debe completar este formulario. **Nota:** Las primas que paga antes de impuestos no son gastos elegibles. Si esta es una solicitud de otros gastos de primas del seguro, adjunte una copia de la documentación de justificación correspondiente.

Nombre del paciente	Tipo de servicio <small>(prima)</small>	Tipo de prima <small>(Medicare, Medigap, plan médico, dental, etc.)</small>	Carta anual de la Administración del Seguro Social <small>Si la presentó antes, marque sí.</small>	Desde la fecha de servicio MM/DD/AAAA	Hasta la fecha de servicio MM/DD/AAAA	Monto solicitado
			<input type="checkbox"/> Sí			\$
			<input type="checkbox"/> Sí			\$
			<input type="checkbox"/> Sí			\$
			<input type="checkbox"/> Sí			\$
			<input type="checkbox"/> Sí			\$
Total						\$

**** Si necesita más líneas, complete otro formulario.** Puede obtener formularios de reclamo en www.PayFlexDirect.com, a la que también tiene acceso a través de Aetna Navigator, y en MyPayFlexDirect Resources (Recursos de MyPayFlexDirect) seleccione Administrative Forms (Formularios administrativos). Acompañe cada formulario con la documentación correspondiente.

Certifico que yo, mi cónyuge o mi dependiente elegible hemos realizados todos los gastos detallados en este formulario. Estos son gastos elegibles como atención médica. Su finalidad no es cosmética. Si el gasto es para la prima del seguro, entiendo que esto no incluye las primas pagadas mediante una reducción en mi salario antes de impuestos. (Las primas pagadas antes de impuestos no son gastos elegibles). Entiendo que al decir "realizado" significa que el servicio se ha brindado No hace referencia a cuándo se factura o cobra o cuándo lo pague. No he recibido un reembolso por ninguno de estos gastos. No intentaré recibir un reembolso de ningún otro lado, incluso de una cuenta de ahorros de atención de salud. Si recibo un reembolso, yo y, en caso de estar casado, mi cónyuge no reclamaremos estos mismos gastos en nuestra declaración del impuesto sobre la renta. He recibido y leído el material impreso sobre el plan de las cuentas de reembolso (acuerdo de reembolso de salud o acuerdo de reembolso de retiro) y estoy de acuerdo con todos los términos y las condiciones. 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 delito.

Firma del empleado _____ **Fecha** _____

****Si envía el reclamo por correo, conserve una copia de este formulario de reclamo y de la documentación de justificación. No devolveremos estos documentos.** REV. 08/2012**