



Pautas para la presentación de reclamos de cuentas de reembolso

Siga estas pautas al momento de presentar su reclamo. Lo ayudarán a reducir la cantidad de trámites y obtener un reembolso más rápidamente.

Para cada reclamo, debe enviar un formulario de reclamo completo y firmado con la documentación de respaldo necesaria. Los formularios de reclamo están disponibles en su portal de Internet para miembros.

Presentación de reclamos en línea:

Puede presentar su reclamo en línea. Es rápido y fácil. Ingrese en su portal de Internet para miembros y, en "Quick Links" (Enlaces rápidos), seleccione "File a Claim" (Presentar un reclamo). Simplemente deberá seguir los cuatro (4) pasos para presentar su reclamo rápidamente.

Presentación de reclamos por escrito:

Si prefiere presentar su reclamo de forma manual, siga estos pasos. Los formularios de reclamo están disponibles en su portal de Internet para miembros.

1. Haga clic en "My Resources" (Mis recursos) y luego en "Administrative Forms – Reimbursement Account Forms" (Formularios administrativos - Formularios para cuentas de reembolso).
2. Complete e imprima el formulario de reclamo correcto para su cuenta y tipo de gasto.
3. Complete todas las secciones.
4. Firme y coloque la fecha en el formulario. **Nota:** Si envía un formulario incompleto o sin firmar, su pago se retrasará.
5. Incluya la documentación de respaldo necesaria para todos los gastos del formulario de reclamo. (Consulte las siguientes secciones para obtener más información).
6. Envíe por correo o fax la presentación completa a la dirección o al número de fax que figura en el formulario de reclamo.

Conserve una copia de toda la presentación de su reclamo. No le devolveremos ninguno de estos documentos. Es probable que deba volver a consultar esta información.

Información básica del reclamo:

Únicamente podemos reembolsar los gastos médicos elegibles* después de que usted haya recibido la atención o el servicio. Es decir, cuando ya haya realizado el gasto. Esto es así incluso si ya pagó, o ya se le facturó o se le cobró el servicio. El Servicio de Impuestos Interno (Internal Revenue Service, IRS) le exige incurrir en el gasto elegible para que pueda ser reembolsado. Por ejemplo: si usted compra un producto (como anteojos, equipos médicos duraderos, etc.), la fecha en que se realiza el gasto es la fecha en que su proveedor presenta la orden.

Si envía un reclamo por un servicio que aún no recibió, lo rechazaremos. Una vez que incurra en el gasto, puede volver a presentar el reclamo. Consulte la siguiente sección para saber qué tipo de documentación de respaldo necesita para sus gastos.

* Los gastos médicos elegibles incluyen los montos pagados por el diagnóstico, la cura, la mitigación, el tratamiento o la prevención de una enfermedad, y por tratamientos que afectan cualquier parte o función del cuerpo. Los gastos deben tener como objetivo principal aliviar o prevenir una deficiencia o enfermedad física o mental. Los gastos con fines únicamente estéticos por lo general no se consideran gastos de atención médica. Además, los gastos que son meramente beneficiosos para

la salud general de una persona no se consideran gastos de atención médica. **Si tiene dudas sobre un gasto, consulte la lista de gastos elegibles y no elegibles más comunes en su portal de Internet para miembros.**

Tenga en cuenta lo siguiente: Todas las cuentas de gastos tienen limitaciones y exclusiones. Esta información es de naturaleza general y tiene fines informativos únicamente. Consulte los documentos de su plan para obtener información específica de su plan.

Reclamos de atención de salud para *Cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA), FSA de propósito limitado (a veces denominada Cuenta de alcance limitado o Cuenta limitada), Acuerdo de reembolso de salud (Health Reimbursement Arrangement, HRA), HRA de propósito limitado (a veces denominada Cuenta de alcance limitado o Cuenta limitada) o Cuenta de reembolso para jubilados (Retiree Reimbursement Account, RRA).*

Si tiene cobertura de seguro médico, dental, de medicamentos recetados o de la visión, primero debe presentar el gasto a su compañía de seguros. Una vez que su compañía de seguros haya tomado una decisión, recibirá una Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB). La EOB le mostrará cuánto debe pagar por el gasto. Luego podrá presentar su reclamo para el reembolso. Incluya la EOB con su reclamo.

Si tiene más de un plan de seguro, primero deberá presentar el gasto a todos los planes. Esto se conoce como Coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, COB). Deberá presentar todas las EOB para cada gasto.

Nota: Si tiene una Cuenta limitada que cubre los gastos realizados después de alcanzar su deducible, la EOB mostrará cuándo alcanzó el deducible de su plan de salud.

Si no tiene cobertura de seguro para el gasto, debe incluir un recibo o estado de cuenta detallado del proveedor. El recibo o estado de cuenta detallado debe incluir:

- nombre y dirección del proveedor;
- nombre del paciente;
- descripción o tipo de servicio;
- fecha de servicio (no la fecha de pago);
- monto en dólares que se cobró por el gasto.

Nota: Si no incluye el recibo o estado de cuenta detallado, se rechazará su reclamo. No podemos usar un cheque cancelado, un recibo de tarjeta de crédito o débito, ni un estado de cuenta de facturación que muestre "saldo anterior", "saldo nuevo" o "seguro estimado, presentado y pendiente" como documentación.

Nota: Para órdenes de gastos de un prestador de atención médica, atención de la visión, atención dental, medicamentos OTC o farmacia en línea, la dirección URL del sitio web cumple el requisito de Nombre y dirección del proveedor.

La documentación para medicamentos recetados debe incluir:

- Nombre y dirección del proveedor
- Nombre del paciente
- Fecha en que se completó o se solicitó la receta
- Nombre o número del medicamento recetado
 - > Nombre del medicamento recetado (se requiere para ciertas Cuentas limitadas)
- Monto en dólares que se cobró por la receta

Encontrará esta información en el recibo detallado de la farmacia. También puede solicitar a su farmacéutico una copia impresa de sus recetas por un periodo de tiempo específico. Si usa el recibo de una caja registradora, debe indicar claramente que es para un medicamento recetado (p. ej., una receta, una receta con el número de receta correspondiente).

Los recibos de artículos de venta libre (over-the-counter, OTC), incluidos los medicamentos de venta libre, deben indicar claramente:

- Nombre y dirección del comerciante
- Nombre del artículo OTC comprado
 - > Si el recibo no incluye el nombre completo del producto, puede presentar:
 - la etiqueta completa del producto con el precio de compra;
 - la etiqueta completa del producto y el recibo con el precio de compra.
- Fecha de compra
- Monto cobrado por el artículo OTC (lea más abajo para consultar "Medicamentos OTC")

Nota: No necesita una receta para artículos OTC y suministros como vendas, aparatos y soportes ortopédicos, solución y suministros para lentes de contacto, pruebas y monitores de diagnóstico casero, insulina y suministros para diabéticos, anteojos de lectura, sillas de rueda, andadores y bastones.

Además, para recibir un reembolso por medicamentos OTC, debe tener una receta de su proveedor de atención médica.

Debe incluir lo siguiente con su reclamo:

- Copia de su receta para el medicamento OTC. La receta debe incluir la siguiente información:
 - > fecha y firma del proveedor de atención de salud;
 - > nombre del paciente;
 - > nombre del medicamento OTC.
- Recibo detallado (lea más arriba en los requisitos de documentación de los artículos OTC).

Nota: Debe tener la receta antes de comprar el medicamento OTC. La fecha de compra debe estar dentro del plazo de un (1) año posterior a la fecha de la receta. Si la receta incluye un periodo de tiempo específico para que usted adquiera el medicamento OTC, debe realizar la compra antes de esa fecha.

Para artículos OTC como vitaminas y suplementos necesita una Carta de necesidad médica (Letter of Medical Necessity, LOMN). Estos son artículos que por lo general se usan para mantener un buen estado de salud y no para tratar una enfermedad. Para obtener más información, consulte la sección de Carta de necesidad médica (LOMN) que se encuentra más abajo.

Para recibir un reembolso de gastos de ortodoncia, debe incluir el **contrato de tratamiento de ortodoncia** con su primer reclamo por este servicio. El contrato de tratamiento debe incluir:

- Nombre del paciente
 - Tarifa total del caso
 - Beneficios de seguro estimados
 - Pago inicial
 - Fecha de inicio o fecha de colocación de bandas
 - Duración del tratamiento
 - Pago mensual
 - Prueba del pago total de los servicios de ortodoncia
- También debe incluir el **estado de cuenta, libro de registro o recibo detallado del ortodoncista**. Este estado de cuenta debe mostrar el cargo o pago mensual.

Puede programar sus pagos de ortodoncia para recibir **reembolsos mensuales automáticos**.

- Al presentar su contrato de tratamiento de ortodoncia con su primer reclamo, puede marcar el casillero Reembolso mensual automático en el formulario de reclamo.
- Si elige esta opción, le enviaremos un reembolso automáticamente todos los meses, según el monto del contrato. No necesitará presentar un reclamo todos los meses.

La cobertura médica para gastos de viajes puede incluir estacionamiento, millaje, viaje, comidas y alojamiento. Consulte la siguiente información para conocer su tipo de gasto. Los gastos deben tener como fin exclusivo la atención médica elegible y deben ser esenciales para dicho fin, y deben estar permitidos por el plan de su empleador.

- Estacionamiento o millaje necesario para recibir la atención médica:
 - > **Estacionamiento.** Deberá incluir el recibo de estacionamiento y la documentación de la atención médica. Esto puede ser una EOB o un recibo detallado.
 - > **Millaje.** En el formulario de reclamo, ingrese la cantidad total de millas como un gasto separado. Multiplique las millas del viaje de ida y vuelta por el porcentaje por milla permitido por el IRS. Deberá incluir documentación de la atención médica con el reclamo. Esto puede ser una EOB o un recibo detallado.

- Viaje y transporte:
 - > **Los gastos de viaje** deben realizarse con el propósito de recibir atención por una enfermedad específica. Un ejemplo de gasto de viaje elegible es el costo de la tarifa aérea para recibir atención en un hospital que se especializa en su enfermedad.
 - > Al presentar el reclamo, debe incluir documentación sobre la enfermedad y la necesidad de viaje.

- Comidas y alojamiento:
 - > **Comidas.** Puede presentar un reclamo por el costo de las comidas que forman parte de la atención de un paciente internado. Esto incluye comidas en un hospital u otro centro, siempre y cuando el principal motivo para estar allí sea recibir atención médica.
 - > **Alojamiento.** El costo de alojamiento se limita a \$50 por noche por persona y un total de \$100 por noche. Puede incluir alojamiento para una persona que viaja con la persona que necesita la atención médica. Esto incluye a un padre que viaja con un hijo enfermo o que viaja para estar con un cónyuge enfermo.

En su portal de Internet para miembros puede encontrar **la Carta de necesidad médica** (LOMN) En "My Resources", haga clic en "Administrative Forms – Reimbursement Account Forms".

Según las reglas del IRS, los gastos deben ser para atención médica. Sin embargo, algunos gastos pueden ser parcialmente médicos y parcialmente personales. Se denominan "gastos de propósito doble". Para estos gastos, necesitamos documentación del médico (una nota del médico) que indique que se recomienda un producto o servicio para tratar una enfermedad específica. Esto se denomina Carta de necesidad médica (LOMN). **Nota:** Deberá presentar la LOMN con su reclamo.

- La LOMN debe:
 - > presentarse por escrito, estar firmada y fechada por un proveedor de atención de salud con licencia;
 - > incluir la enfermedad diagnosticada;
 - > incluir el tratamiento recomendado;
 - > incluir la duración del tratamiento*;
 - > incluir el nombre del paciente.

- Algunos ejemplos comunes de gasto de propósito doble que requiere una LOMN son:
 - > terapia de masajes;
 - > equipo de ejercicio o membresía de un gimnasio;
 - > spa en el hogar;
 - > vitaminas y suplementos.

* Una Carta de necesidad médica (LOMN) es válida por un (1) año desde la fecha en que se escribió.

Reclamos para cuentas limitadas: información adicional

Si alcanza el deducible de su plan de salud con deducibles altos (high deductible health plan, HDHP), la cuenta FSA limitada puede otorgarle un reembolso por gastos de desembolso elegibles de atención de la visión, atención dental y atención preventiva. **Nota:** Consulte los documentos de su plan para ver cuáles son los gastos elegibles.

Gastos elegibles al alcanzar el deducible:

- **Atención de la visión.** Incluye cirugía LASIK, lentes de contacto y solución, gotas oculares lubricantes, anteojos para corregir la visión o para leer, parches oculares.
- **Atención dental.** Incluye obturaciones, dentaduras postizas y adhesivo para dentaduras postizas, extracciones, radiografías dentales, fundas, coronas, tratamientos con fluoruro, implantes, alivio del dolor de muelas, ortodoncia (es decir, frenillos).
- **Atención preventiva.** Incluye exámenes físicos anuales, exámenes de detección de cáncer y enfermedades cardiovasculares, mamografías, medicamentos recetados de prevención.
- **Artículos de venta libre (OTC).** Incluyen artículos elegibles de atención dental, de la visión y preventiva, medicamentos OTC, con una receta médica, para atención dental, de la visión y preventiva.

Información adicional: Acuerdo de Reembolso de Salud (HRA)/Acuerdo de Reembolso de Salud Limitado (Limited Health Reimbursement Arrangement, LHRA)/Acuerdo de Reembolso para Jubilados (RRA)

Su HRA, LHRA o RRA puede reembolsar primas de atención de salud. * **Nota:** El HRA, LHRA o RRA no puede reembolsar primas pagadas con diferimientos de salario antes de impuestos. Únicamente puede reembolsar primas pagadas con dinero después de la deducción de impuestos. Si su plan permite dichos reembolsos:

- Debe incluir una copia de la factura y una prueba del pago.
- Si envía un recibo de sueldo, debe mostrar que pagó la prima con dinero después de la deducción de impuestos. El recibo de pago debe incluir términos para este gasto, como antes de impuestos o después de impuestos.
 - > Si envía una carta o nota con el membrete de la compañía y en la cual afirma que usted paga la prima con dinero de su pago de nómina después de la deducción de impuestos, debe estar firmada por un directivo de la compañía.
- Si tiene Medicare, siga estas instrucciones cuando presente su reclamo.
 - > **Medicare Parte B:** la primera vez que solicite un reembolso para un nuevo año calendario, adjunte una copia de su "Aviso de inscripción en el seguro médico y deducción de las primas" (Notice of Medical Insurance Enrollment and Premium Deduction). Puede obtener esto en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Department of Health and Human Services, HHS). Para el resto del año, solo deberá completar un formulario de reclamo para reembolsos continuos.
 - > **Medicare Parte D, Medigap u otra cobertura médica:** incluya una copia de la factura y una prueba del pago.

* Si tiene dudas sobre un gasto, consulte la lista de gastos elegibles y no elegibles más comunes en su portal de Internet para miembros.

Reclamos por atención de dependientes (niños o adultos):

Si su plan lo permite, puede recibir reembolsos por atención relacionada con el trabajo para una "persona que califica". Una persona que califica es su hijo menor de 13 años de edad, o un dependiente o cónyuge mayor que no pueda cuidarse de sí mismo. Puede encontrar más información sobre las personas que califican en la Publicación 503 del IRS. Visite www.irs.gov.

Existen dos formas de presentar reclamos por Atención de Dependientes. La información necesaria se enumera más abajo para cada tipo de presentación.

1. Solo formulario de reclamo
 - > Complete toda la información solicitada, e incluya Empleado y Gasto. Preste especial atención a:
 - > fecha de servicio**;
 - > información del proveedor de cuidados (se requiere el nombre en letra de imprenta, firma y familiar);
 - > firma del empleado.
2. Formulario de reclamo con estado de cuenta o recibo detallado
 - > Complete toda la información solicitada, e incluya Empleado y Gasto.
 - > Firma del empleado.
 - > Adjunte un estado de cuenta o recibo* detallado que incluya:
 - > nombre del proveedor;

- > nombre de la persona que califica;
- > fecha de servicio**;
- > monto cobrado por los servicios de atención.

* No podemos aceptar un cheque cancelado o un recibo de tarjeta de crédito o débito como documentación.

** Únicamente podemos reembolsar los gastos médicos elegibles después de que usted haya recibido la atención o el servicio. Es decir, cuando ya haya realizado el gasto. Esto es así incluso si ya pagó, o ya se le facturó o se le cobró el servicio.
