

FORMULARIO DE RECLAMO

Presentación de Formulario de reclamo e instrucciones de documentación

Nombre de la compañía: _____ Nuevo reclamo Información adicional solicitada
 Nombre del empleado: _____ Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social: _____
 Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Siga las Instrucciones para reembolso de reclamo en el reverso y presente la debida documentación para acelerar el procesamiento de los reclamos
 Si está presentando una verificación de tarjeta de débito, use el Formulario de fundamentación de mySourceCard disponible en nuestro sitio web

Gastos de atención médica

Fecha del servicio	Tipo de cuenta (FSA, HRA, reembolso dental/ oftalmológico)	Nombre del proveedor	Tipo de servicio o receta (Rx) Nombre/número	Participantes o nombre del integrante de la familia	Monto de solicitud del reembolso
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
/ /					
TOTAL					

Gastos de atención del dependiente

Nombre del o de los dependientes elegibles	Fecha de la atención		Nombre, dirección y número de identificación del contribuyente (o número de Seguro Social) del proveedor del servicio	Monto cobrado
	Desde	Hasta		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
	/ /	/ /		
			Gastos totales de atención del dependiente	
Firma del proveedor				

Certificación del empleado: Certifico que yo y/o mis dependientes elegibles hemos incurrido en estos gastos por los cuales se reclama el reembolso. Estos gastos no son, ni serán, pagaderos por ningún otro plan, no se reembolsarán ni descontarán de ninguna otra fuente y no se deducirán en las declaraciones de impuestos federales, estatales o locales.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Presente el Formulario de reclamo y los recibos:
 Fax: (610) 774-9910 Pág. 1 de _____ (no es necesaria una portada)

Correo:
 Human Resource Administrators, Inc.,
 1541 Alta Dr, Suite 306,
 Whitehall, PA 18052

Si presenta su reclamo en línea en www.hradministrators.com o con la aplicación móvil de myRSC, no es necesario este formulario



Instrucciones para el reembolso de un reclamo

1. **Complete** toda la información de la compañía y del empleado en el anverso (en letra de imprenta/escrito a máquina).
2. **Gastos de atención médica: Complete** toda la información solicitada en la porción de *Gasto de atención médica* del formulario de reclamo y **adjunte** la documentación respaldatoria. Una copia de un recibo o EOB (necesario para el reembolso de la HRA) debe acompañar la solicitud de cada reclamo presentado. **Los cheques cancelados o recibos de tarjetas de crédito no se aceptan como documentación adecuada.** Recuerde que la documentación debe incluir lo siguiente:
 - ✓ Fecha original de servicio (no la fecha de pago)
 - ✓ Descripción del servicio llevado a cabo (consulte la lista de Elegibles/No elegibles para identificar los servicios válidos)
 - ✓ Nombre y dirección del proveedor
 - ✓ Nombre de la persona que se atendió
 - ✓ Monto que se le cobró (no incluya montos reembolsados por otra fuente)
 - ✓ **Ortodoncia** visite nuestro sitio web para consultar el modelo de plantilla y las pautas sobre cómo se calcula cada año del plan. Puede presentar la plantilla junto con este formulario de reclamo para solicitar reembolsos.
 - ✓ **Para medicamentos recetados** un escrito de farmacia o declaración de pedido por correo donde conste la fecha de surtido (no de pago), nombre de la receta, nombre del paciente y monto cobrado o impresión discriminada de las recetas de la farmacia. Los recibos de caja registradora solos no son aceptables.
 - ✓ **Productos de venta libre** recibo de caja registradora donde conste el nombre del comercio, la fecha, descripción del producto, monto en dólares **y**, si es un medicamento, la receta escrita del médico del paciente.
 - ❖ Tenga en cuenta que los medicamentos de venta libre se pueden comprar “en la góndola” o entregarse a través de una farmacia como lo haría con un receta regular.
3. **Gastos para atención de dependientes: Complete** toda la información requerida en la porción de *Gastos de atención de dependientes* del formulario de reclamos. Los gastos de atención del dependiente solo podrán reembolsarse por el monto que tenga en su cuenta al momento del reclamo. Si su reclamo supera el saldo en su cuenta, el resto del reclamo se pagará en la medida que ingresen aportes adicionales. **Solicite** al proveedor de atención diurna que firme el formulario de reclamo –O- **adjunte** la documentación respaldatoria. **Los cheques cancelados o recibos de tarjetas de crédito no se aceptan como documentación adecuada.** Recuerde que la documentación debe incluir lo siguiente:
 - ✓ Fechas de la atención
 - ✓ Número de identificación de contribuyente (EIN) -O- Número de Seguro Social del proveedor de servicio
 - ✓ Nombre de la persona que se atendió
 - ✓ Monto cobrado por la atención: Los montos pagados no son aceptables
4. **Usted DEBE firmar y fechar** la sección de “Certificación del empleado” en el anverso de este formulario.

Recordatorios importantes

- ✓ Los pagos se emiten luego de la recepción y procesamiento sujeto a la aprobación del reclamo
- ✓ Solo envíe copias de recibos, facturas, etc. (Conserve sus originales)
- ✓ NO resalte ninguna parte de su recibo, factura, etc.
- ✓ Los reclamos no se podrán pagar entre cuentas (atención médica de la atención de dependientes y viceversa)
- ✓ No se pueden volver a reclamar los conceptos que se reembolsan como deducciones o créditos en su declaración de impuestos individual al final del año fiscal.
- ✓ Los pagos se le realizarán directamente a usted. Los pagos no pueden realizarse a un proveedor u otra persona.
- ✓ Los empleados que finalicen su empleo podrán presentar sus reclamos con una fecha de servicio previa a la fecha de terminación solo durante un plazo especificado como se detalla en su Descripción resumida del plan
- ✓ Los reclamos recibidos antes del viernes (5:00, hora del Este) se procesarán antes del viernes siguiente

Para solicitar más Formularios de reclamo o registrar su cuenta myRSC, visite www.hradministrators.com

Si presenta su reclamo en línea en www.hradministrators.com o con la aplicación móvil de myRSC, no es necesario este formulario

