

Pautas para el reembolso de ortodoncia

La ortodoncia no es como otros Reembolsos de la Cuenta de gastos flexibles:

Como los tratamientos de ortodoncia pueden extenderse varios años de plan, el reembolso contiene pautas especiales. Aquí le presentamos cosas para que tenga en cuenta cuando realice sus elecciones anuales:

- Es probable que nuestros reembolsos no equiparen necesariamente un contrato financiero que tenga con su proveedor, ya sea en duración o monto de pago.
- El reembolso no es automático. Debemos recibir un Formulario de reclamo firmado y evidencia de servicio antes de que reciba los reembolsos. Entonces, se configurará la emisión automática de los reembolsos mensualmente.
Nota: Se debe presentar un Formulario de reclamo al comienzo de cada nuevo año del plan para continuar con los reembolsos mensuales que puedan ser elegibles en ese año del plan. Vea cómo calcular esta información en nuestro ejemplo.
- Paso 1. Completar la plantilla adjunta en la página 2 nos dará toda la información que necesitamos para determinar su cronograma de reembolsos y ayudarlo a determinar el monto que se le reembolsará en el año del plan de la FSA.
- Paso 2. Calcule el monto que es elegible para reembolso para cada año de plan. Ponga atención al realizar sus elecciones. Recuerde que la Cuenta de gastos flexibles es un plan que “se usa o se pierde”. Tendrá que estimar con atención su elección según esta fórmula de reembolso.

EJEMPLO: Cómo llegar a su monto elegible por año del plan

Ejemplo de reembolso mensual: Los cargos por ortodoncia ascienden a \$5,200.00 para el tratamiento de Sally, y se estima que durarán 24 meses. Los padres de Sally tienen seguro. El seguro de la mamá pagará \$1,000.00 en curso del tratamiento. La cobertura del padre pagará \$500.00. El proveedor solicitó que la familia pague un arancel inicial de colocación de \$1,000.00 en la cita de fijación o colocación de Sally, que fue el 6 de mayo.

Cuando se enteraron que Sally necesitaba aparatos, la mamá llamó a HRAdministrators y obtuvo una Plantilla de ortodoncia. Luego, presentó la plantilla completada con un formulario de reclamo de reembolso firmado y una declaración del proveedor indicando que a Sally se le realizó la fijación el 6 de mayo y que el arancel inicial de colocación fue de \$1,000.00.

HRAdministrators emplea la plantilla para determinar los reembolsos mensuales de \$112.50 a pagarse cada mes usando los cálculos que se detallan a continuación.

\$5,200.00 arancel total del tratamiento

\$3,700.00 saldo total del paciente (arancel menos el seguro)

\$1,000.00 arancel inicial de colocación (que puede pagarse para la fecha de servicio 6 de mayo, con devolución al participante siempre que se haya separado a través de su FSA de salud para el año del plan)

\$2,700.00 dividido 24 meses de tratamiento = \$112.50 **monto de reembolso mensual.** (Saldo de cargos adeudados por paciente dividido los meses de tratamiento)

Monto elegible por año del plan: Ahora calcule el monto que quiera elegir por año del plan según cuánto puede reembolsarse de los gastos de ortodoncia.

1.º año **\$1,787.50** \$1,000.00 de arancel inicial de colocación pagado el 6 de mayo + de junio a diciembre habrá 7 reembolsos mensuales de \$112.50 cada uno = \$787.50

2.º año **\$1,350.00** Sobre la base de la estimación total de 24 meses de tratamiento, pueden realizarse reembolsos durante 12 meses este segundo año durante los 12 meses x \$112.50 = \$1,350.00

3.º año **\$562.50** Sobre la base de 24 meses menos 7 en el 1.º año del plan y 12 en 2.º año, quedan 5 meses más de \$112.50 para este año final del plan y luego se han habrán incurrido todos los servicios.

En resumen \$1,787.50 + \$1,350.00 + \$562.50 = \$3,700.00 el saldo total del paciente después del seguro.

Planilla de cargos de ortodoncia

Parte responsable: _____

Nombre del empleador: _____

Paciente: _____ Relación con el empleado: _____

Fecha de colocación de ortodoncia: ___/___/_____

Meses estimados de tratamiento: _____

PASO 1: Cálculo del cronograma de reembolsos mensuales

Arancel total del tratamiento: \$ _____

Menos los descuentos: \$ _____

Menos el seguro estimado: \$ _____

Saldo total del paciente: \$ _____

Monto del depósito/arancel inicial de colocación al momento de la fijación \$ _____ Fecha de pago: ___/___/_____

Nota: Le reembolsaremos el arancel inicial de colocación requerido por los proveedores, que supere el 50 % del saldo total del paciente.

HRAdministrators determinará el monto reembolsable por mes tomando el saldo total del paciente, menos el arancel inicial total de colocación y dividiendo ese momento por los meses de tratamiento estimados.

Saldo adeudado después del pago inicial: \$ _____

Dividido por la cantidad de meses del tratamiento estimado _____ = \$ _____ reembolso mensual.

Fecha en que el proveedor espera el 1.º pago mensual Fecha de vencimiento: ___/___/_____

Meses de tratamiento para el resto del año del plan actual que finaliza el 31 de diciembre _____ meses.

Certificación del proveedor: **Nombre:** _____
Número de identificación impositiva _____
Dirección: _____

Firma del proveedor _____ *Fecha* ___/___/_____

PASO 2: Cómo calcular el monto de elección anual según los criterios anteriores para el tratamiento de ortodoncia.

\$ _____ Monto del depósito abonado por el participante en el año en curso de la FSA

+

\$ _____ Monto total de reembolsos mensuales programados durante el 1.º año de tratamiento de ortodoncia

NOTA: Calcule el monto reembolsable por año del plan usando el ejemplo en la página 1 de esta plantilla.