

## Pautas de Reembolso de Ortodoncia

### Ortodoncia no es como el Reembolso de Cuenta de Gasto Flexibles:

Puesto que tratamientos de ortodoncia se extiende a lo largo de varios años del plan, el reembolso tiene pautas especiales. Aquí están algunas cosas para tener en cuenta cuando hace sus elecciones anuales:

- Nuestros reembolsos no necesariamente coincide con el contrato financiero que usted tiene con su proveedor, ni de longitud ni cantidad de pago.
- Reembolso no es automático. Debemos recibir un formulario de reclamación firmado y prueba del servicio antes de que usted reciba el reembolso. Entonces, los reembolsos se establecerá a emitir automáticamente sobre una base mensual.  
**Note: el formulario de reclamación deberá ser presentada al comienzo de cada año nuevo del plan para continuar con los reembolsos mensuales que pueden ser elegibles en ese año del plan. Vea cómo calcular esta información en nuestro ejemplo.**
- Paso 1. Llenando la hoja de cálculos adjunto en la página 2, nos dará toda la información que necesitamos para determinar su reembolsos planificados y ayuda a determinar la cantidad que usted será reembolsado en el año del plan de la FSA.
- Paso 2. Calcule la cantidad que usted es elegible para para recibir un reembolso de cada año del plan. Por favor tenga cuidado al hacer sus elecciones. Recuerde que el Gasto Flexible es un plan de "lo utiliza o lo pierde". Usted necesitará de estimar con cuidado su elección basada en esta fórmula de reembolso.

### EJEMPLO: Cómo llegar a su cantidad elegible por cada año del plan

**Ejemplo de Reembolso Mensual:** Las gastos de ortodoncia son \$5,200.00 para el tratamiento de Sally y se estima que duraría 24 meses. El seguro de su mamá pagará \$1,000.00 durante el curso del tratamiento. El seguro de su padre pagará \$500.00. El proveedor requirió que la familia pagara un honorario inicial de colocación de \$1,000.00 en la cita de bandas o colocación de Sally, que fue el 6 de mayo.

Cuando se enteraron de que Sally necesitaba frenillos dental, la mamá llamó HRA y obtuvo una Hoja de Cálculo. Ella entonces presento la hoja de cálculo llenada con el formulario de reclamación de reembolso firmado y la declaración del proveedor mostrando que Sally fue en bandas el 6 de mayo y que el honorario inicial de colocación fue de \$1,000.00.

HRA utiliza la hoja de cálculo para determinar los reembolsos mensuales de \$112.50 de ser pagados cada mes de acuerdo con los cálculos indicados a continuación.

\$5200.00 costo total del tratamiento

\$3700.00 balance total del paciente (costo menos seguro)

\$1000.00 honorario inicial de colocación (lo cual se puede pagar para el servicio del 6 de Mayo, devuelto al participante siempre y cuando esto haya sido apartados mediante el FSA médico para el año del plan)

-----

\$2700.00 dividido por 24 meses de tratamiento = \$112.50 **Cantidad Mensual de Reembolso.** (El balance total al deber por el paciente dividido por meses de tratamiento)

**Cantidad elegible por cada año del plan:** Ahora calcule la cantidad que usted quiere elegir por cada año del plan basado en la cantidad que puede ser reembolsado de los gastos de ortodoncia.

**1<sup>er</sup> Año \$1787.50** \$1000.00 honorario inicial de colocación pagado el 6 de mayo + junio hasta diciembre serán 7 reembolsos mensuales de \$112.50 por cada mes = \$787.50

**2<sup>do</sup> Año \$1350.00** Basado en la estimación total de 24 meses de tratamiento que usted puede ser reembolsado por 12 meses este segundo año, 12 meses x \$112.50 = \$1350.00

**3<sup>er</sup> Año \$562.50** Basado en 24 meses menos 7 meses en el 1<sup>er</sup> año del plan y 12 meses en el 2<sup>do</sup> año dejando 5 meses más de \$112.50 para este año final del plan y entonces todos los servicios han sido incurridos.

En resumen \$1787.50 + \$1350.00 + \$562.50 = \$3700.00 el balance total del paciente después del seguro.

## Hoja de Cálculo de Ortodoncia

Partido Responsable: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Relación al Empleado: \_\_\_\_\_

Fecha de colocación de la Ortodoncia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Meses estimados de tratamiento: \_\_\_\_\_

---

### **PASO 1:** Calcular el reembolso mensual planificado

Costo Total del Tratamiento: \$ \_\_\_\_\_  
Menos cualquier descuento: \$ \_\_\_\_\_  
Menos estimados del seguro: \$ \_\_\_\_\_

Balance Total del Paciente: \$ \_\_\_\_\_

Cantidad de depósito/honorario inicial de colocación en bandas \$ \_\_\_\_\_

Fecha Pagada: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Note:** Reembolsaremos el honorario inicial de colocación requeridos por los proveedores, no superará 50% del balance total del paciente.

HRA determinará la cantidad reembolsable por mes tomando el balance total del paciente, menos el honorario inicial de colocación y dividiendo esa cantidad por los meses estimados de tratamiento.

Balance al deber después del pago inicial: \$ \_\_\_\_\_

Dividido por # de meses estimados de tratamiento \_\_\_\_\_ = \$ \_\_\_\_\_ reembolso mensual.

La fecha que el proveedor espera el primer pago mensual: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Meses de tratamiento para el resto de año del plan actual finalizando el 31 de diciembre \_\_\_\_\_ meses.

**Certificación del Proveedor:** Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Identificación de Impuestos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **PASO 2:** Calcular la cantidad de elección anual basado en criterios mencionados arriba para el tratamiento de ortodoncia

\$ \_\_\_\_\_ Cantidad de depósito pagado por el participante en el año actual de la FSA

+

\$ \_\_\_\_\_ La cantidad total de reembolsos mensuales planificados durante el primer año de tratamiento de ortodoncia

**NOTE:** Calcule la cantidad reembolsable de cada año del plan utilizando el ejemplo en la página 1 de esta Hoja de Cálculo