



## **FLEXIBLE DE ATENCION MEDICAL**

### **REGLAS DE CUENTA E INSTRUCCIONES PARA RECLAMOS PARA LA CUENTA**

#### **REGLAS**

- Usted no puede presentar un reclamo si no está participando en la Sección 125.
- Solo se le puede reembolsar por los gastos elegibles incurridos durante la el periodo de cobertura en que usted está haciendo la contribuciones
- Usted puede presentar un reclamo a cualquier momento durante el plan del año y también por en tiempo especifico después que el plan del ano describidlo en el documento Summary Plan Description. Si usted deja de trabajar en su empleo su servicio médico tiene ser antes de su fecha de terminar su empleo.
- Las reglas del Servicio De Impuesto Internos (IRS por sus siglas en ingles) estipula que cualquier dinero que sobra en su cuenta después que todos los reembolsos del ano del plan han sido procesado no puedes ser pasado al año siguiente o regresado. El dinero en una cuenta no puede ser usado para gastos incurridos en otra cuenta. Por ejemplo,
- No puede recibir pagos de otra fuente por los gastos ya reembolsados pro su reclamo, y usted certifica que no el elegible a cobrar otra fuente por su gasto ya reembolsado.
- Si usted recibió un rembolso por sus gastos, usted no puede reclamar ese gasto con el propósito del los ingresos fiscales al fin del año.
- No puede cobrar por un periodo de servicio que empieza en un plan de año y termina en siguiente pan de año. Presente dos reclamos, uno por cada plan de ano que cubra durante ese plan de año.

#### **INSTRUCCIONES**

- Complete TODA la información en el reclamo por cada cantidad reclamado para rembolso. *Formas incompletas serán regresadas, esto incluye falta de seguro social.*
- Adjunte copies documentos requeridos a su forma de reclamo (Vea “Documentación Requerida”).
- Firme y feche la forma de reclamo.
- Haga copias de sus reclamos para sus registros
- Someta su reclamo con sus recibos por fax 9 páginas o menos al (817) 731-9029, o escanee mande por correo electrónico a [claims@abybenefits.com](mailto:claims@abybenefits.com), o mande por correo a la dirección P.O Box 520, Euleess, TX 76039.

#### **DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

- ✓ Procedimiento médicos (incluyendo visitas al doctor, laboratorio, ciruja, etc.) y procedimientos Dentales: Presente una Explicación De Beneficios (EOB por sus siglas en ingles) de su proveedor de seguro médico o un estado de cuenta detallado. EOB son requeridos para los gastos que no son co-pagos. Estados de cuenta detallada y EOB necesitan reflejar las fechas de servicio, el total costo de los procedimientos, total de cobertura de seguro y total de la cantidad de lo que es responsable del paciente. Si este gasto no es cubierto por su seguro medico entonces debe presentar un estado de cuenta detallado. Los estados de cuenta detallado deben incluir el nombre del paciente y nombre de proveedor, fecha de servicio, tipo de cirugía/ provisiones. *Balance, balance previo, recibos de tarjeta de crédito, cheques cancelados o un estado de cuenta no son suficiente documentación.*
- ✓ Recetas: Presente una copia de la etiqueta con nombre de su medicamento que adjuntan con la bolsa donde viene su medicamento (etiqueta RX) o recibo que incluye la fecha de servicio, nombre del paciente, nombre del medicamento y cantidad.
- ✓ Medicamento en el mostrador: Presente una copia del registro de recibos que incluye la fecha de servicio, nombre del paciente, nombre del medicamento y la cantidad.
- ✓ Ortodoncia: *Gastos de ortodoncia solo puede ser reembolsado solo cuando el servicio sea incurrido.* Aproximadamente una tercera parte del costo puede ser reembolsado por adelantado. Después de eso el los reembolsos puede hacerse en pagos mensuales durante la duración del pan del tratamiento cuando se incurran estos servicios. Para que usted sea reembolsado por sus gastos de ortodoncia debe presentare una copia del contrato de ortodoncia junto con una explicación de beneficios de la compañía de su seguro (si es que el seguro le va a cubrir una porción por su ortodoncia.)
- ✓ Terapia de masajes, suplementos, vitaminas, o gastos que no son cubiertos por ser seguro pero son requeridos por una condición especifica medica o dental: Presente una carta de su médico que diga la condición especifica que se la a diagnosticado, y que este servicio o suplemento es necesaria para tratamiento de su condición médica.



P.O. Box 520, Euless, TX 76039 Phone: (972) 788-2686  
 Fax: (972) 788-3240 Email: [claims@allamericanbenefits.com](mailto:claims@allamericanbenefits.com) Website: [www.allamericanbenefits.com](http://www.allamericanbenefits.com)

**FORMA DE RECLAMOS PARA LA CUENTA FLEXIBLE DE ATENCION MEDICAL**

EMPLEADOR \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DIRECCION DE CASA (DIRECCION DE CORREO) \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

*marque aquí si u dirección a cambiado*

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ NUMERO DE TELEFONO (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (opcional)

<b><u>Para HRA &amp; FSA Combo</u></b>		¿Fue la cantidad aplicada a su deducible?		Si No		¿Esta su prueba de gastos incluida?		Si No		
<b><u>Reclamos Solamente:</u></b>		¿Fue la cantidad pagada para su coaseguro?		Si No						
				<b>Fechas de servicio</b>		<b>Pago</b>				
Nombre de la persona que está recibiendo servicio	La relación al empleado	Proveedor de Servicio	Naturaleza de Gusto	Desde MM/DD/YY	Hasta MM/DD/YY	Cantidad \$\$ <i>(anote abajo si la tarjeta fue usada)</i>				
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
										<input type="checkbox"/>
❖ <b>EOB el requerido para los gastos que son aparte de co-pagos. La forma de reclamos debe ser llenada por completo y la debemos recibir antes de las 12:00pm el día antes de su día de proceso para obtener su reembolso durante el próximo ciclo de proceso.</b>						<b>TOTAL</b>				

Yo (Participante mencionado arriba) entiendo y estoy de acuerdo que:

- Los gastos no son reembolsables por otro plan de salud, seguro o otra fuente y no serán usado para reclamos su sus impuestos de fin de año o como crédito.
- Los Gastos Médicos no-reembolsables nombrados arriba serán gastos médicos deducibles bajo el Código de Servicio de Impuestos Internos Sección 213 y son permitidos bajo Prop. Treas. Reg. 1.125-2
- Si los gastos son de mi conyugue o depende, yo certifico que la persona enlistada es mi conyugue o cumple con la definición de dependiente bajo el plan definido en el Código de Sección 152
- Sometiendo esta información por fax o correo electrónico o por otro medio, yo soy responsable por cualquier uso inapropiado o cualquier divulgación que ocurra transmisión incorrecta o inexacta
- Yo autorizo el Plan y su servicio proveído , su respectiva agencia , empleados , sub contratista y asignen a usar o divulgar información proveído arriba para usara razonablemente par el Plan (incluyendo pero no limitada , divulgar a mi empleador para el Plan para detectar fraude
- Yo autorizo me proveedor , seguro para liberar cualquier información de salud o información de tratamiento para el propósito de determinar elegibilidades de beneficios para el Plan o para detectar o prevenir fraude;
- I doy cualquier información relacionada al reclamo o divulgación, o dar esta información solo si esta información es usada con propósito mencionada arriba; y
- Esta autorización no limita en cualquier manera los derechos que EP/PSP, sus respectivos agente, empleados, sub contratistas bajo estado aplicable o regulaciones de la ley federal respecto dicha información.

Firma del Empleado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_