

HRA FORMA DE RECLAMO DE REEMBOLSO



Nombre del empleado: _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección: _____

Ciudad/ Estado/Código Postal: _____

Nombre de compañía de empleo: _____

Comprueba si la dirección es nueva

HCSO HRA Reembolso

FECHA DEL SERVICIO	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIO	DESCRIPCIÓN DEL GASTO	PERSONA PARA QUIEN EL GASTO FUE HECHO	CANTIDAD DEL CARGO
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
CANTIDAD TOTAL SOLICITADA				\$

Favor de arreglar la documentación en el orden indicado arriba.

El participante en el Plan firma que certifica que todos los gastos para cuál el reembolso o el pago reclamado fue hecho durante el período actual bajo el Plan de HCSO de la compañía. El firmante comprende completamente que él o ella es el único responsable de la exactitud, la precisión y veracidad de toda la información relacionada con este reclamo y que el reembolso reclamado es un gasto apropiado bajo el Plan.

Firma del empleado
 (debe ser firmado para el procesamiento apropiado)

Fecha

Envíe HCSO Reclamos con su documentación a través de:

- Fax 314-909-6983,
- Correo electrónico a info@beneflexhr.com,
- Correo a: atención HCSO Claims Processing

HCSO HRA reclamos administrado por BeneFLEX.

El Flex Options HRA

Su empleador está cumpliendo con el requisito de HCSO proporcionándole a usted con un Arreglo de Reembolso de Salud de HCSO (HRA). A finales de cada cuarto periodo, usted será notificado del gasto de cuidado médico disponible para usted basado en el número de horas que usted trabajó en San Francisco en ese cuarto periodo. Por cada cuarto periodo que usted se mantenga un Empleado Cubierto, su empleador continuará haciéndole fondos ganados disponibles a usted.

Usted puede usar estos fondos para gastos médicos, incluyendo gastos de dental y visión. Por ejemplo, si usted compra medicamentos para una enfermedad, usted puede enviar un reclamo con el recibo y recibir reembolso hasta la cantidad disponible. Para más información sobre su plan de HCSO HRA, por favor lea el Resumen de Descripción del Plan.

HCSO HRA Las Guías para Remitir Reclamos

El IRS proporciona la guía siguiente:

Reembolso

- Cuando sus recibos son remitidos para el reembolso, todos deben mostrar la información siguiente:
 1. Quién proporcione el servicio (nombre y dirección)?
 2. Qué tipo de servicio fue proporcionado?
 3. La fecha que el servicio fue proporcionado, no la fecha de facturación ni fecha de vencimiento
 4. La cantidad del cargo

NOTA: Para poder procesar su reclamo los 4 datos de información deben estar en cada recibo.

(Esto incluye recibos para servicios de ortodoncia)

- Ninguna cantidad reclamada que es de un "Balance Anterior", "Balance Delantero", etc., no puede ser pagado a menos de que la información indicada en los artículos 1-4 de arriba sea mostrada en el recibo.
- Recibos deben mostrar todos los gastos hechos. Ningún pago excesivo, pago por adelantado, etc., para servicios que no están en la lista, serán reembolsados.
- Por favor describa los gastos en su forma de reclamo.
- Usted no será reembolsado por ningún gasto médico hecho antes de la activación del plan de HCSO HRA.
- Gastos Elegibles— incluyen servicios dentales, exámenes/pruebas médicas de laboratorio, servicios de visión, gafas/lentes de sol con prescripción/receta, equipo médico, suministros y servicios, medicamento, servicios de obstétrico, consultas médicas, medicamentos sin prescripción/receta, las drogas o las medicinas con una prescripción de doctor, ciertas primas de la asistencia sanitaria, y más! Visite nuestro sitio web en www.beneflexhr.com y ciérnase sobre HCSO

** Si el recibo no muestra el nombre del producto, usted puede escribir el nombre del producto en el recibo. Usted debe verificar su compra con el cajero firmando su nombre en el recibo. Cheques cancelados y talones de pago de tarjeta de crédito no son recibos admisibles.*

Para Su Referencia

- Haga copias de la forma de reclamo incluya en el folleto para su futuro uso o puede conseguir una copia en nuestro sitio de web.
- Envíe la forma de Autorización de Depósito Directo con su primer reclamo para recibir sus reembolsos más rápido.
- Para garantizar el reembolso a tiempo, todos los reclamos deben ser recibidos a más tardar 1:00 p.m. (hora estándar del Pacífico) el Martes para el procesamiento del Jueves. Usted puede enviar reclamos:
 - Por Fax a 314.909.6983
 - Por Correo: 10805 Sunset Office Drive, Suite 401, St. Louis, MO 63127, atención HCSO Claim Processing
- Si usted envía su reclamo por fax, guarde una copia de la confirmación en caso que BeneFLEX, HRA, la compañía que procesa los reclamos, no reciba su documentación.
- Si usted termina el empleo, revise su Resumen de Descripción del Plan para el período de gracia y el período de finalización para ver cuánto tiempo tiene para utilizar y presentar reclamos para sus fondos del plan HCSO.
- Tiene preguntas sobre su plan o reclamos? Envíe correo electrónico a info@beneflexhr.com o llame 800.631.3539.

Visite nuestra página web, www.beneflexhr.com para información sobre el plan HCSO y su saldo de cuenta.

BeneFLEX HR Resources, Inc.

10805 Sunset Office Drive, Suite 401 St. Louis, MO 63127 | Email: info@beneflexhr.com | Website: www.beneflexhr.com