

SelectAccount®

**FORMULARIO DE RECLAMO
DE LA CUENTA DE REEMBOLSO
DE GASTOS MÉDICOS**

Utilice este formulario para los gastos elegibles en los que hayan incurrido usted o sus dependientes elegibles.

si se trata de una solicitud si es una nueva dirección

Complete cuando envíe por fax:
N.º de páginas _____

Para acelerar el reembolso, envíe este formulario y la documentación de respaldo por fax al 1-866-231-0214. Este formulario sirve de portada.

SECCIÓN A – Información del titular de la cuenta (ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SELECCIONE N.º DE ID S A
DOMICILIO				N.º DE SEGURO SOCIAL (si no conoce el N.º de SA)
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO DE DÍA	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL TITULAR DE LA CUENTA			NOMBRE DEL EMPLEADOR	

SECCIÓN B – Detalle del reclamo (ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

Deben completarse todos los campos en esta sección. Si faltara información, podría demorarse o rechazarse el procesamiento de su reclamo. Se debe adjuntar la documentación de respaldo. Consulte el dorso de este formulario para obtener instrucciones sobre la presentación de reclamos.

Fecha(s) del servicio	Nombre de la persona que recibe el servicio	Nombre del proveedor del servicio	Tipo de servicio/ insumo proporcionado	Reembolso solicitado
del - - al - -				\$
del - - al - -				\$
del - - al - -				\$
del - - al - -				\$
del - - al - -				\$
del - - al - -				\$
TOTAL				\$

SECCIÓN C – Firma del titular de la cuenta

Certifico que yo o mis dependientes elegibles incurrimos en los gastos detallados anteriormente, y que éstos califican como gastos médicos válidos según mi Resumen Descriptivo del Plan. Dichos gastos no fueron reembolsados y no solicitaré el reembolso según mi plan médico ni ningún otro plan médico, por ejemplo, mediante una póliza individual, o el plan médico de mi cónyuge o de mi dependiente, ni de un plan de cuenta de gastos flexibles. Comprendo que el gasto que se me reembolsa no se puede utilizar para reclamar ninguna deducción o crédito del impuesto federal sobre la renta. Comprendo que es posible que se me solicite proporcionar más detalles acerca de algunos gastos (p. ej., la declaración de un médico de que el gasto es para tratar una afección médica específica, o una certificación mía más detallada).

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA	FECHA
---------------------------------------	--------------

ENVÍE ESTE FORMULARIO A: SelectAccount
P.O. Box 64193
St. Paul, MN 55164-0193
FAX: 651-662-7247
1-866-231-0214

FORMULARIOS DISPONIBLES:
www.selectaccount.com
o llamando al
Atención al cliente de SelectAccount

ATENCIÓN AL CLIENTE:
651-662-5065
1-800-859-2144
de lunes a viernes,
de 7 a. m. a 7 p. m.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

Para recibir un reembolso por gastos médicos, odontológicos, de medicamentos, de salud conductual y oftalmológicos elegibles que no se encuentran cubiertos por ningún otro plan, siga los pasos a continuación. Si el gasto es reembolsable por el seguro médico, primero debe presentar el gasto a la compañía de seguros.

1. **Complete y firme el formulario de reclamo de la cuenta de reembolso de gastos médicos utilizando un bolígrafo con tinta oscura.** (Si el formulario no tiene su firma o está incompleto, es posible que su reclamo se demore o que sea rechazado.)
2. **Proporcione documentación de respaldo** para los gastos elegibles de cada artículo dentro de un rubro en la Sección B del formulario de reclamo. La IRS exige esta documentación. Puede ser una Explicación de beneficios (EOB), un recibo detallado o una declaración del proveedor. La EOB de su seguro médico es la mejor fuente de documentación para reclamos; no obstante, es posible que le soliciten un recibo detallado para reconsiderar los reclamos rechazados. **La IRS no acepta cheques cancelados como documentación.** La documentación de respaldo debe incluir:
 - Fecha del servicio o de la compra
 - Nombre de la persona que recibe el servicio
 - Nombre del proveedor del servicio
 - Tipo de servicio o insumo proporcionado
 - Monto cobrado por cada servicio/insumo o monto no reembolsado por el seguro.
 - Si la tarifa de su contrato de reembolso médico (HRA) estipula un reembolso de menos del 100%, no calcule el monto en dólares. El porcentaje de reembolso se calculará y deducirá automáticamente de su cuenta sobre la base del monto en dólares que usted ingrese en el campo de reembolso solicitado.

Nota: No resalte artículos en el formulario de reclamo ni en la documentación de respaldo, ya que interfiere con el procesamiento de los reclamos. En vez de eso, puede hacer un círculo con un bolígrafo con tinta oscura donde lo necesite.

3. **Envíe su formulario de reclamo con la documentación de respaldo por fax o por correo (no por ambos medios) a SelectAccount.** (Por fax es más rápido).
 - Para enviar por **fax** el formulario de reclamo y la documentación de respaldo:
 - a) complete y firme el formulario de reclamo utilizando un bolígrafo con tinta oscura,
 - b) asegúrese que la documentación de respaldo esté en papel blanco,
 - c) envíe por fax al: 651-662-7247 o al 1-866-231-0214.
 - Para enviar por **correo** el formulario de reclamo y la documentación de respaldo:
 - a) complete y firme el formulario de reclamo utilizando un bolígrafo con tinta oscura,
 - b) incluya copias de la documentación. No envíe los originales por correo. Pegue los recibos pequeños en una hoja blanca de 8.5 x 11".
 - c) Envíe por correo a: Select Account, PO Box 64193, St. Paul, MN 55164-0193
4. **Guarde una copia** del formulario de reclamo y de la documentación de respaldo para su registro.
5. **El reembolso** puede recibirse por correo o mediante un depósito directo. (Mediante depósito directo es más rápido). Para inscribirse en el depósito directo, complete un formulario *Autorización para depósito directo* y devuélvalo a SelectAccount. Los formularios se encuentran disponibles en www.selectaccount.com o llamando a Atención al cliente de SelectAccount al 651-662-5065 o al 1-800-859-2144.

INFORMACIÓN DE APEAL

La Explicación del informe de procesamiento describe cómo se procesó su reclamo sobre la base de la información que se nos presentó. Usted o su representante designado pueden apelar un rechazo, un rechazo parcial, o una reducción de su reclamo si siguen nuestros procedimientos de apelación. Usted puede comunicarse con atención al cliente llamando al 1-800-859-2144 o al 651-662-5065 para pedir que le expliquen cuáles son sus derechos de apelación. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión acerca de su reclamo, tiene derecho a presentar por escrito una solicitud de revisión de la apelación a SelectAccount, P.O. Box 64193, St. Paul, MN 55164-0193. Podemos enviarle un formulario para que usted presente la apelación, o bien puede obtener una copia del formulario de apelación en www.selectaccount.com. Tiene tiempo hasta la fecha de vencimiento de su plan o hasta 180 días a partir de la fecha de esta notificación para presentar una apelación. Si ha finalizado su empleo durante el año o si no está seguro de la fecha de vencimiento de su plan, comuníquese con el representante de su grupo o con nuestro departamento de atención al cliente. Usted también puede presentar documentos, registros u otra información que se relacione con su reclamo de beneficios. Cuando recibamos su solicitud, le brindaremos una revisión completa y justa de su apelación y le comunicaremos nuestra decisión sobre la Explicación del informe de procesamiento por escrito en una carta o mediante una explicación dentro de los 30 días.

Si usted es miembro de un plan grupal sujeto a la Declaración de derechos de la Ley de Seguridad de Ingresos de Retiro de Trabajadores (ERISA), cuando haya finalizado el proceso de apelación tendrá derecho a presentar una demanda en un tribunal federal según el artículo 502(a) de ERISA.