

### SOLICITUD DE FLEXIBLE BENEFITS PARA REEMBOLSO

**1. Información del empleado – Llene todas las secciones** Seguro Social N°

<input type="checkbox"/> <i>Marque la casilla si se trata de una nueva dirección</i>	Nombre		Empleador	
	Domicilio		Dirección de e-mail	
	Ciudad	Estado Códig postal (de 9 dígitos, si se conoce)	Número telefónico en el día ( )	

**Firme aquí**  
**Se requiere la firma del empleado**



**Certificado del empleado**

Solicito reembolso de la(s) siguiente(s) cuenta(s) de reembolso por los gastos descritos abajo. Declaro que los gastos para los cuales se solicita el reembolso conforme a la(s) cuenta(s) de reembolso se refieren a servicios que yo mismo recibí o que recibió la persona o personas a mi cargo que cumplen los requisitos para ese reembolso. Asimismo, declaro que yo o la persona o personas a mi cargo hemos recibido los servicios descritos en las fechas indicadas y que éstos son los gastos que pagué directamente de mi bolsillo y que se consideran gastos válidos conforme al plan y al Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code). Además, declaro que no he recibido reembolso por los gastos presentados en este documento y que no solicitaré el reembolso de esos gastos por parte de ningún otro plan que proporcione beneficios de salud. De igual modo, declaro que estos gastos se realizaron para un problema de salud concreto y no únicamente para beneficio de mi salud en general. Comprendo que si yo, mi cónyuge o las personas a mi cargo depositamos dinero en la Cuenta de Ahorros de Salud (Health Savings Account, HSA) o si recibimos dinero en la cuenta HSA de cualquier otra fuente, yo debo tener una Cuenta de Reembolso de Gastos Médicos con Fines Limitados (Limited Purpose Medical Reimbursement Account) que sólo puede pagar determinados gastos relacionados con los cuidados dentales y los cuidados de la vista. Comprendo, además, que los gastos reembolsados no se pueden declarar como créditos fiscales o retenciones en mi declaración fiscal personal. A mi leal saber y entender, las declaraciones efectuadas en este formulario son completas y verdaderas.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**2. Reembolso médico** – Adjunte una Explicación de Beneficios, un recibo detallado o un documento de verificación de un tercero (*las fotocopias deben efectuarse en hojas de papel de 8-1/2" x 11"*) por cada gasto reclamado, indicando el servicio o los servicios recibidos, la fecha o las fechas de servicio y los costos. **Los estados de cuenta, los cheques pagados y los recibos de tarjeta de crédito NO SON una documentación aceptable para la obtención de reembolsos.**

Persona que recibe el servicio médico	Parentesco	La fecha en la que se incurre en el gasto	Descripción del gasto	Gasto total	Cantidad pagada o por pagar conforme a de otro plan u otra fuente	Reembolso solicitado
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
		/ /				
<b>Reembolso total solicitado</b>						<b>\$</b>

**3. Reembolso por servicios a personas a su cargo (gastos de cuidado diario)** – Pídale al proveedor de servicios que firme en el espacio de abajo o adjunte un recibo detallado o el documento de verificación de otro tercero (*las fotocopias deberán efectuarse en hojas de papel de 8-1/2" x 11"*) para cada gasto reclamado, indicando la fecha o fechas de servicio y los cargos totales. Los estados de cuenta, los cheques pagados y los recibos de tarjeta de crédito NO SON una documentación aceptable para la obtención de reembolsos. **Las normas reguladoras del IRS permiten los pagos de reembolso por servicios que ya han sido prestados, no por servicios que se prestarán en el futuro.**

Persona a cargo que recibe el servicio médico	Parentesco	Edad	Fecha(s) del servicio	Nombre y N° de Seguro Social o N° de identificación fiscal federal del proveedor de servicios	Reembolso solicitado
<b>Reembolso total solicitado</b>					<b>\$</b>

Declaro con mi firma que los gastos indicados son válidos.

Firma del proveedor de servicios para personas a cargo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**4. Envíe por correo regular, por correo electrónico o por fax su formulario de reclamación con la documentación adjunta a:**

Wellmark Blue Cross and Blue Shield      Teléfono (800) 624-2755  
Spending Accounts Office                      Fax (855) 299-4389  
P.O. Box 14314                                        www.wellfsa.com  
Lexington, Kentucky 40512-4314  
Encontrá información de acceso a la cuenta y formularios adicionales en [www.wellmark.com/flex](http://www.wellmark.com/flex)

**Sólo para el uso por parte del Administrador del Plan**

**Notas:**

Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_

- ¿Recordó usted?:
- Firmar y fechar su formulario de reclamación
  - Leer las normas de la cuenta al dorso
  - Proporcionar documentación adecuada
  - Conservar el documento original en sus archivos ya que nosotros no devolvemos documentos

**SI NO LLENA TODAS LAS SECCIONES CORRESPONDIENTES DEL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN O NO PRESENTA RECIBOS DETALLADOS LEGIBLES DE SU PROVEEDOR, PUEDEN OCURRIR RETRASOS EN EL PROCESAMIENTO DE SU RECLAMACIÓN.**

# PAUTAS PARA REEMBOLSOS ELEGIBLES

## GENERAL

- Si no ha presentado los gastos médicos, dentales u otros al plan de seguro correspondiente, tenga a bien hacerlo antes de presentar este formulario.
- Si recibe un reembolso por gastos que no fueran elegibles, dichos montos pueden ser reintegrados al empleador o gravados como ingresos ordinarios y pueden aplicarse ciertas sanciones según lo establecido por el Código Tributario Nacional. Los gastos no elegibles incluyen pagos en exceso de gastos reembolsables, gastos que ya han sido pagados a través de alguna otra fuente, gastos incurridos en otros servicios que no sean de cuidado dental o de la visión bajo una Cuenta de Reembolso Médico de Uso Limitado y gastos no elegibles para reembolso según lo descrito por el Plan o lo dispuesto por el IRS.
- En los planes de beneficios estilo “cafetería” sólo pueden reembolsarse los gastos incurridos durante el año del plan. Se incurre en un gasto al prestarse el servicio que da origen al gasto; no es relevante cuándo se paga dicho gasto.
- En general, la sección 125 del Código Tributario Nacional rige la condición fiscal de los planes de beneficios flexibles (estilo “cafetería”), de los cuales forman parte las cuentas de reembolso del empleado. La elegibilidad para reembolsos antes de impuestos está contemplada específicamente en las secciones 105 y 106 (Planes de salud/accidentes) y en la sección 129 (Cuidado de dependientes) del Código.
- Si usted tiene una Cuenta de Reembolso Médico de Uso General, ni usted, su cónyuge ni sus dependientes son elegibles para realizar contribuciones en una cuenta HSA o para recibir contribuciones en una cuenta HSA.
- Para obtener detalles específicos sobre la presentación de reclamos, reembolsos y procedimientos de revisión, consulte el Resumen del plan.

## REEMBOLSO MÉDICO

- **Cubierto por el seguro:** Los gastos en concepto de servicios o artículos deben presentarse a su compañía de seguro antes de reclamar el reembolso mediante su cuenta de gastos flexibles. Al recibir la Declaración de Explicación de Beneficios (EOB) de su compañía de seguro, incluya una copia con este formulario de reclamo completo. Si tiene una copia, adjunte una declaración desglosada de su proveedor.
- **No cubierto por el seguro:** Para servicios o artículos, presente una declaración desglosada del proveedor que mencione el nombre y la dirección del proveedor, el nombre del paciente, la fecha en que se prestó el servicio, una descripción del servicio y el monto cobrado junto con este formulario de reclamo completo. Los reclamos de ortodoncia requieren un recibo de pago o declaración desglosados y el contrato o acuerdo de pago o cupones de pago mensuales del ortodoncista.
- Las drogas y medicamentos de receta requieren una copia impresa de las recetas de su farmacia o deben poder identificarse claramente en un recibo desglosado que incluya el nombre y número de receta (Rx) de la droga.
- Las drogas y medicamentos de venta libre (OTC) (excepto la insulina) comprados después del 31 de diciembre de 2010 requerirán una receta del médico que lo atiende para que puedan pagarse o reembolsarse.
- Consulte [www.wellmark.com/flex](http://www.wellmark.com/flex) para obtener una lista de los gastos elegibles para reembolso conforme a la Cuenta de Reembolso Médico de Uso General.
- Únicamente los gastos calificados que tengan relación con el cuidado dental o de la visión serán pagados o reembolsados desde una Cuenta de Reembolso Médico de Uso Limitado.
- Puede recibir un reembolso de gastos para usted, su cónyuge y dependiente(s) elegible(s).

## REEMBOLSO DE CUIDADO DE DEPENDIENTES

- Los gastos incurridos en la prestación de cuidado a sus dependientes elegibles pueden calificar para reembolso. Los dependientes elegibles incluyen a sus hijos calificados menores de 13 años, su cónyuge discapacitado/a o hijos calificados discapacitados que vivan con usted durante más de medio año y un familiar calificado discapacitado que viva con usted durante más de medio año y a quien usted provea más de la mitad de su sustento.
- Para ser elegible, usted debe estar trabajando mientras sus dependientes reciben el cuidado. Además, si está casado/a, su cónyuge debe ser: asalariado/a, estudiante a tiempo completo durante al menos 5 meses al año o sufrir una discapacidad y no poder procurar su propio sustento.
- Los gastos elegibles para reembolso son aquellos en los que se incurre para permitirle tener un empleo remunerado, e incluyen cargos cubiertos por:
  - guarderías infantiles y centros de cuidado diurno con licencia. El costo de un programa de Kindergarten NO constituye un gasto de cuidado infantil que pueda ser reembolsado si el objeto y propósito del programa es principalmente educativo.
  - personas (que no sean sus dependientes) que proporcionen cuidado a su(s) hijo(s) dentro o fuera de su hogar, o a su cónyuge discapacitado o padres dependientes en su hogar.
  - amas de llaves, empleadas domésticas o cocineros en su hogar, con alimentos y alojamiento incluidos en su hogar, siempre que sus servicios incluyan el cuidado de sus dependiente(s) elegible(s).
- Se le solicitará que proporcione el nombre, la dirección y el número de seguridad social (o número de identificación fiscal) de su proveedor de cuidado diurno en los formularios de declaración de impuestos federales a fin de año.
- Si los reclamos presentados son mayores que el saldo de su cuenta de cuidado de dependientes, el reembolso se limitará al saldo de su cuenta. El monto no reembolsado se transferirá a los meses siguientes del año del plan; no necesita volver a presentarlos.
- Las reglamentaciones del IRS limitan el monto de gastos de reembolso para cuidado de dependientes al valor más bajo registrado como ingreso anual de usted o su cónyuge. Si su cónyuge es discapacitado o estudiante a tiempo completo, esta limitación supone que su cónyuge gana \$250 por mes (un dependiente) o \$500 por mes (dos o más dependientes).
- Las reglamentaciones del IRS limitan el monto con el que puede contribuir para el cuidado de dependientes a \$5,000 para familias de un solo padre con hijos, \$5,000 para familias de padres casados que presentan la documentación de manera conjunta y \$2,500 para familias de padres casados que presentan la documentación por separado.
- Conforme a las reglamentaciones del IRS, las personas calificadas pueden recibir crédito fiscal para gastos de cuidado de dependientes. Este crédito puede reclamarse en su declaración de impuestos personales. **NO** puede reclamar el reembolso del crédito fiscal de ningún gasto de cuidado de dependientes de la cuenta de reembolso de cuidado del dependiente. El monto máximo que puede utilizarse como crédito fiscal se ve reducido por el monto que utiliza de la cuenta de reembolso de cuidado del dependiente.